AVIS DU CONSEIL DES UNIVERSITÉS AU MINISTRE DE L'ÉDUCATION SUR LES PROGRAMMES D'ÉTUDES AVANCÉES ET DE SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

Avis no 83.1
Dépôt légal - 3e trimestre
ISSN - 0709-3985
Sainte-Foy, le 29 septembre 1983

INTRODUCTION

A la suite d'un avis du Conseil des universités, consécutif à la soumission pour approbation d'un projet de nouveau programme de spécialité en médecine dentaire, le ministre de l'Education, en janvier 1980, convenait que soit menée sous l'autorité du Conseil et en concertation avec les organismes concernés, une étude visant à rationaliser le développement de la formation des spécialistes en médecine dentaire. Une telle étude s'imposait d'abord en raison du fait que l'Opération sciences de la santé n'avait pas abordé cette question et aussi parce que le Conseil des universités terminait son étude sur la rationalisation des programmes de spécialités médicales. Ainsi, ce serait l'ensemble des programmes de spécialisation en médecine et en médecine dentaire qui aurait été étudié.

Amorçant ses travaux à l'automne 1980, le comité d'experts, constitué après consultation des principaux intervenants intéressés, en particulier les universités, remettait son rapport final en décembre 1982. Avant d'aborder l'étude de ce rapport, le Conseil le soumettait, pour fins de commentaires aux principaux organismes concernés: les universités Laval, McGill et de Montréal, le ministère des Affaires sociales et l'Ordre des dentistes du Québec. Au terme de l'étude de ces commentaires et du rapport lui-même, études qui se sont déroulées à ses 148ième et 149ième séances régulières, le Conseil a l'honneur d'adresser au ministre de l'Education son avis sur les programmes d'études avancées et de spécialités en médecine dentaire.

1. Les besoins de spécialistes en médecine dentaire au Québec.

Ce serait s'inspirer d'une démarche logique et cohérente que de faire dépendre la formation des spécialistes d'une évaluation systématique des besoins en soins dentaires de la population québécoise.

Toutefois, cette tâche de définition des besoins s'avère à l'heure actuelle fort complexe. Aussi, le comité n'a pu s'attaquer à cette tâche laquelle aurait exigé, pour être valable, que l'on opère un certain nombre de distinctions afin de bien définir ce que l'on entend par besoins et que l'on mesure l'ensemble des variables qui influencent la demande de soins hautement spécialisés. Faut-il le souligner, des exercices en ce sens ont déjà été tentés et les conclusions, pour une même population donnée, établissaient des besoins qui passaient du simple au double. Il est aussi significatif que les deux opérations d'évaluation de besoins de spécialistes en médecine dentaire les plus récentes et les mieux connues, soient celle de la Fondation Kellogg aux Etats-Unis et celle de la Fondation Nuffield en Angleterre ne basent pas leur étude sur de telles évaluations en raison même de leur caractère complexe et de l'imprécision de leurs conclusions.

Toutefois, le comité d'étude s'est arrêté à un certain nombre de constatations qui semblent avoir servi de postulats par rapport aux orientations qu'il préconise. D'abord, si l'on examine la situation dans une perspective systémique, il est apparu au Comité que le Québec, à brève échéance, s'acheminait vers une surproduction de dentistes généralistes. En effet, actuellement le ratio dentiste/population s'établit au Québec à environ 1 par 2 260 habitants alors que la norme préconisée par l'Organisation mondiale de la santé est de 1 par 2 000 habitants. Ainsi, d'ici quelques années, on aura atteint le quota généralement reconnu comme souhaitable. La présence d'autres intervenants, tels les hygiénistes dentaires, formés au CEGEP, relativise la portée de cette norme. Aussi, la première recommandation du comité suggère-t-elle de contingenter à 150 par année le nombre de dentistes généralistes diplômés dans les universités québécoises.

Le Conseil, avec le comité, reconnaît qu'à plus ou moins brève échéance on atteindra la norme 1/2000. Toutefois, il n'estime pas qu'il serait préjudiciable pour le Québec que l'on dépasse cette

norme, laquelle n'a qu'une valeur indicative. Au contraire, un certain surplus de médecins dentistes permettrait de favoriser leur répartition plus équitable sur le territoire québécois en déconcentrant les zones urbaines où, déjà, ils sont surreprésentés par rapport à la norme que le comité lui-même retient. Aussi le Conseil estime-t-il plus judicieux de recommander que soit maintenu à leur niveau actuel ou selon leur capacité réelle de formation la production des diplômés de premier cycle des trois (3) facultés de médecine dentaire i.e. environ 170 diplômés par année.

Toutefois, le Conseil tient à manifester son inquiétude en ce qui concerne la détérioration de ce capital que constitue la santé dentaire des Québécois. Il est parfaitement conscient, qu'à cause du vieillissement de la population, la multiplication des pathologies et le niveau d'édentition vont aller en s'accroissant. La situation de fait est d'autant plus alarmante qu'on constate de sérieuses disparités dans la répartition des spécialistes oeuvrant surtout dans les deux grandes villes du Québec alors qu'ils sont absents dans les autres zones urbaines et les régions éloignées. Ce constat vaut aussi, quoique de façon moins marquée, en ce qui concerne la répartition des dentistes généralistes sur l'ensemble du territoire québécois. Il convient aussi de souligner que les coûts élevés des soins dentaires, en particulier des soins spécialisés créent un autre clivage dans la population entre ceux qui peuvent se payer de tels soins et ceux qui ne le peuvent pas. On ne peut toutefois corriger ces situations à court terme. Aussi, les propositions du comité que le Conseil retient devraient-elles permettre de répondre à moyen terme, en partie, à ces préoccupations. Le Conseil espère aussi que les politiques qu'entend promouvoir le ministère des Affaires sociales sauront, dans une certaine mesure, corriger la faiblesse de la situation de la santé dentaire des Québécois.

2. La résidence multidisciplinaire

Le Conseil s'est particulièrement arrêté au constat qui se dégage des études et des consultations du comité à l'effet que les dentistes généralistes seraient peu préparés à traiter certaines catégories de patients présentant des pathologies complexes telles des déficiences mentales, des troubles cardiaques et des problèmes d'hémophilie. Pour pallier à cette lacune, à l'instar des études américaine et anglaise, le comité préconise que l'on porte à environ 50% le nombre des diplômés de premier cycle qui, chaque année, seraient admis à l'année de résidence multidisciplinaire. Les objectifs qui guident cette recommandation apparaissent nettement justifiables et l'orientation que préconise le comité semble appropriée. S'il est d'accord en principe avec cette mesure, le Conseil estime qu'au préalable certaines conditions devront être remplies. D'une part, il importe que les programmes de résidence répondent à des objectifs pédagogiques précis, soient élaborés en conséquence et fassent l'objet d'une description adéquate. Car la situation en médecine dentaire parait assez proche de celle que le Conseil avait noté lors de son avis (81.6) sur les programmes de spécialisation médicale. Et les mêmes recommandations devraient s'appliquer mutatis mutandis. De même pour que les programmes de résiden soient véritablement des programmes de formation, il est nécessaire de prévoir la capacité d'encadrer adéquatement les stagiaires. Dès lors, le Conseil veut rappeler la position qu'il énonçait dans l'avis dont nous venons de parler lorsqu'il est question de la formation:

> "Le Conseil n'est pas plus sensible qu'il ne faut à l'argument des besoins régionaux de formation, le caractère hautement spécialisé du personnel et des ressources requises interdisent toute démultiplication indue de ceux-ci, surtout qu'il est loin d'être démontré que l'existence de programmes en région ait une influence décisive sur le choix du lieu d'exercice ou sur la nature de la pratique des médecins spécialistes. Là où elle serait souhaitable, la sensibilisation des résidents aux problèmes régionaux pourrait être atteinte très efficacement par la formule des programmes associés ou encore par l'offre de stages qu'ils seraient encouragés à suivre".

A toute fins utiles, l'extension des lieux de formation, comme le soulignent, à juste titre, les universités, dans leurs commentaires devra être conditionné par la capacité adéquate d'encadrement des résidents si elles veulent garantir la qualité de ces programmes et l'atteinte des objectifs visés.

A cet égard, faut-il rappeler qu'il s'agit là de programmes de formation, lesquels, avant leur implantation, doivent faire l'objet d'une évaluation par les instances responsables et qui aussi doivent être annoncés dans les annuaires au même titre que les autres programmes de formation universitaire.

3. L'ouverture de nouveaux programmes de spécialisation.

Le comité estime que l'accroissement du nombre de résidents multidisciplinaires et l'élargissement du bassin de patients qu'ils pourront traiter, conjugué au fait que les dentistes généralistes, devenant plus nombreux, et connaissant une concurrence plus sévère seront entraînés à moins référer aux spécialistes et à poser un nombre d'actes plus variés, constituent deux facteurs qui, temporairement, militent en faveur de l'imposition d'un moratoire d'une durée de cinq années sur l'implantation de tout nouveau programme de spécialité. Cette mesure semble s'imposer si l'on considère que la preuve n'a pas été établie de l'opportunité d'implanter de nouveaux programmes. Au contraire, c'est sur la nécessité de renforcer les programmes de spécialités déjà existants, en particulier en améliorant la qualité de la recherche qui les supporte, qu'on aura particulièrement insisté. En outre, dans les milieux scientifiques compétents on discute actuellement de la nécessité de regrouper certaines spécialités. A cet égard, le Conseil ne peut qu'endosser l'attitude de prudence préconisée par le Comité; d'autant plus, qu'en cette période de contraction budgétaire, on voit mal comment on pourrait simultanément majorer le nombre de postes de résidence multidisciplinaire et implanter de nouveaux programmes de spécialités. Aussi, au plan de l'utilisation optimale des ressources déjà existantes,

la suggestion d'universités et du ministère des Affaires sociales à l'effet de ne pas créer un nouveau programme conjoint de maîtrise en hygiène dentaire publique, mais plutôt d'ajouter aux objectifs de l'actuelle maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal celui de former des maîtres en santé dentaire publique apparaît fort à propos. On n'aura pas ainsi à créer de nouveaux programmes et on maximisera, par ce fait, l'expertise déjà existante en matière de recherche en santé publique à l'Université de Montréal. En outre, tel que le suggère la recommandation 5 du comité portant sur les programmes de spécialités ainsi que la recommandation 6 relative à la recherche, l'université pourra s'adjoindre pour l'orientation de ces enseignements et de ces recherches en santé dentaire publique les ressources déjà disponibles en cette matière à l'Université Laval ainsi qu'à l'Université McGill. Il n'est point nécessaire, semble t-il de créer une nouvelle structure formelle, tel un programme conjoint aux Universités de Montréal et McGill.

4. <u>Les concertations nécessaires à l'application des recommandations du rapport</u>.

Si, comme on vient de le voir précédemment, l'extension du champ d'investigation de la maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal au domaine de la santé dentaire publique requerra un échange entre les trois établissements concernés et une concertation au niveau de l'utilisation des professeurs les plus aptes à promouvoir le développement de cette nouvelle orientation, d'autres points doivent faire l'objet d'une sérieuse concertation. Ainsi, la recommandation 2 exige que les trois facultés se consultent pour corriger ou, à tout le moins, mieux légitimer les écarts que l'on constate d'abord, au niveau des conditions d'admissions aux programmes de premier cycle et ensuite, dans le poids et la durée des programmes eux-mêmes. Il convient de ne pas oublier qu'en majeure partie, le financement des universités se fait par le biais des crédits étudiants et que, pour des programmes poursuivant les mêmes fins, des écarts significatifs entre les crédits doivent faire l'objet d'une justification sérieuse.

L'extension éventuelle de l'année de résidence multidisciplinaire requerra des négociations annuelles importantes entre les universités d'une part et les ministères de l'Education et des Affaires sociales d'autre part. A cet égard, le rôle du ministère de l'Education qui rapatriera les fonds destinés à cette fin du ministère des Affaires sociales, sera propondérant.

Enfin, les constatations du comité et les recommandations qu'il émet relativement à la promotion de la recherche en santé dentaire, bien que le relevé qu'il effectue de ces recherches ne soit pas tout à fait exhaustif, sont suffisamment claires pour que les autorités des trois facultés se concertent et se définissent des orientations complémentaires qui permettent de renforcer les programmes de spécialités qu'elles offrent déjà. A cet égard, l'exemple des concertations déjà établies en matière de nutrition et d'informatique, à la suite d'avis antérieurs du Conseil, démontre qu'on peut améliorer la situation et atteindre un niveau de performance en recherche qui permette au Québec de se comparer avec les autres provinces du Canada.

5. Conclusion.

Le Conseil tient à souligner que la plupart des recommandations contenues dans le rapport du comité d'étude devraient être aptes à mieux asseoir le développement des programmes déjà existants, en rétablissant les cohérences qui s'imposent et en permettant d'améliorer de façon considérable le développement de la recherche laquelle constitue une base indispensable à la qualité de l'enseignement et de la formation. Sans doute, comme le soulignent les universités, le comité aurait pu pousser plus avant l'analyse des facteurs historiques et socio-économiques qui expliqueraient en grande partie le faible développement de ce secteur dans nos universités ainsi que les inégalités dans la répartition des spécialistes à travers le Québec. Toutefois, le Conseil retient l'essentiel des conclusions du comité et il estime que c'est avec à-propos que celui-ci a insisté sur la nécessité de corriger certaines situations en éduquant les jeunes à l'hygiène dentaire ou encore en procédant à la fluoruration des eaux de consommation.

6. Recommandations.

Considérant le rapport et les analyses du Comité d'étude sur les programmes d'études avancées et de spécialités en médecine dentaire (rapport joint en annexe au présent avis).

Considérant les commentaires émis sur ce rapport par le ministère des Affaires sociales, les Universités McGill, de Montréal et Laval ainsi que par l'Ordre des dentistes du Québec;

Considérant l'étude qu'il a effectuée sur ce rapport et sur ces commentaires;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Education:

Recommandation I. - Relative aux étudiants admis et diplômés aux programmes de premier cycle en médecine dentaire.

Que chacune des Universités Laval, McGill et de Montréal maintienne à son niveau actuel, selon ce que lui permet ses ressources respectives, le nombre des étudiants admis et diplômés à leur programme de premier cycle en médecine dentaire.

Recommandation II. - Relative à la rationalisation des programmes.

Que, dans les meilleurs délais, les représentants dûment mandatés des universités se rencontrent pour analyser et corriger les écarts qui ont été constatés entre les conditions d'admission, la durée des programmes de premier cycle et des programmes de spécialités et qu'un rapport soit remis au Conseil des universités au terme de cette opération de rationalisation.

Recommandation III.- Relative à l'augmentation du nombre de postes de résidence multidisciplinaire.

3.1 que d'ici 1990, le Québec tende à généraliser l'année de résidence multidisciplinaire, en particulier pour les dentistes qui oeuvreront en régions éloignées;

3.2 que l'on tende progressivement à former, dans cette année de résidence multidisciplinaire, environ 50% des médecins dentistes diplômés à chaque année;

3.3 que soit levé progressivement le moratoire fixé à 24 postes pour les résidents en médecine dentaire;

3.4 qu'un projet opérationnel soit préparé par le ministère de l'Education afin d'ouvrir chaque année en moyenne 6 nouveaux postes de résidence multidisciplinaire, jusqu'à concurrence de 50% du nombre de diplômés par année;

3.5 que les 6 prochains postes de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire soient créés dans la région de Québec, sous la responsabilité de l'Université Laval;

3.6 que les salaires des étudiants de l'année de résidence multidisciplinaire soient partiellement financés, dans le mesure du possible, à partir des sommes recueillies en vertu de l'application de la recommandation sept (VII) telle que formulée ci-après;

3.7 mais, qu'avant la mise en application de ces recommandations, les universités produisent à la satisfaction du Conseil une description de leurs programmes de résidence multidisciplinaire faisant état de leurs objectifs et des moyens utilisés pour les rencontrer.

Recommandation IV. - Relative à la création en régions éloignées de cliniques dentaires permettant la réalisation de la résidence multidisciplinaire.

Qu'après concertation entre les universités et les ministères de l'Education et des Affaires sociales, et à la condition que les universités puissent assurer un encadrement adéquat, les mesures nécessaires soient prises afin d'étendre à certains établissements de santé situés

en régions éloignées un plus grand nombre de cliniques dentaires permettant que la résidence multidisciplinaire puisse s'y dérouler en totalité ou en partie.

Recommandation V. - Relative à la nécessité de limiter temporairement le développement de nouveaux programmes de spécialités.

5.1 qu'aucun nouveau programme de spécialité clinique ne soit créé dans les universités québécoises dans les cinq (5) prochaines années;

5.2 que les universités veillent à renforcer leurs programmes de spécialités existants:

- en implantant et en consolidant les activités de recherche;
- en favorisant l'échange ou le prêt de professeur;
- et, le cas échéant, en recrutant et en diplômant en nombre suffisant les étudiants;

5.3 qu'entre-temps, que par un système de bourse adéquat, on favorise la formation à l'étranger des spécialistes pour combler des besoins immédiats du Québec en matière de santé dentaire;

5.4 que l'Université de Montréal, dans le cadre de son actuel programme de maîtrise en santé communautaire, offre une option permettant la formation de maîtres et le développement de la recherche en hygiène dentaire publique et qu'elle fasse appel aux services des professeurs de McGill et de Laval pour développer cette nouvelle orientation;

5.5 que dans un second temps, avant la fin même du présent moratoire, soient entreprises les études nécessaires visant à déterminer l'opportunité d'implanter de nouveaux programmes de spécialités.

Recommandation VI. - Relative aux mesures à prendre afin de favoriser le développement de la recherche.

Que les trois facultés de médecine dentaire:

6.1 encouragent chacun de leurs professeurs à temps plein, à consacrer une partie significative de ses activités à la recherche;

6.2 adoptent des mesures spéciales telles l'engagement de chercheurs reconnus et la création d'équipes interdisciplinaires;

6.3 examinent la possiblité de se regrouper à l'intérieur d'un mécanisme qu'elles détermineraient afin de présenter auprès des principaux organismes subventionnaires (en particulier le Conseil des recherches médicales du Canada et le Fonds de recherches en santé du Québec) un ou quelques projets conjoints auxquels collaboreraient leurs chercheurs chevronnés en santé dentaire et qui les rendent concurrentielles aux équipes de chercheurs des autres universités canadiennes;

6.4 se partagent de façon complémentaire les principaux secteurs de recherche en médecine dentaire afin de ne pas dédoubler inutilement leurs ressources et leurs efforts;

6.5 tiennent annuellement, sous la responsabilité alternative de chacune des trois facultés, un colloque où on établisse un bilan des projets en marche et des principales conclusions auxquelles on en arrive;

6.6 accordent une attention toute spéciale au thème de la santé dentaire des Québécois.

Recommandation VII. - Relative au financement des soins dentaires offerts dans les cliniques multidisciplinaires.

Que les soins offerts dans les cliniques dentaires universitaires pour la formation des résidents, détenteurs du premier cycle en médecine dentaire soient couverts, le cas échéant, par la Régie de l'assurance-maladie du Québec au même titre que les services couverts dans les établissements hospitaliers ou dans les cabinets privés et que les universités concernées entreprennent des démarches auprès de l'Association des compagnies d'assurances de la personne afin que ces soins soient couverts au même titre que s'ils étaient offerts en cabinet privé.

Recommandation VIII. - Relative à l'évaluation périodique des programmes en médecine dentaire.

Que les démarches nécessaires soient entreprises afin que dorénavant le Comité des programmes du Conseil des universités participe activement aux visites d'agrément des programmes de médecine dentaire, et que, le cas échéant, un avis public soit rendu au ministre de l'Education sur ces évaluations.

Rapport du Comité d'études du Conseil des universités sur les programmes d'études avancées et de spécialités en médecine dentaire

Décembre 1982

INDEX

		page
Résumé et recommandations		I à XII
1. Introduction		
1.1	Le mandat	1
1.2	La composition du comité	2-3
1.3	Le travail du comité	3-4
1.4	Conjoncture actuelle et interprétation du mandat	4-9
1.5	Plan du rapport	9
2. Etat des besoins et des ressources		
2.1	Etat des besoins et de la demande actuelle des services	10-20
2.2	Etat des ressources et du système de services	21-43
2.3	Etat de la situation dans d'autres milieux	44-56
3. Le système actuel d'enseignement en médecine dentaire		
3.1	Les programmes d'enseignement offerts	57-59
3.2	Les institutions associés à l'enseignement	60-61
3.3	Les professeurs qui dispensent l'enseignement	62-63
3.4	Les étudiants inscrits aux programmes	64-71
4. La recherche en médecine dentaire au Québec		72-76
5. Les rencontres tenues par le Comité		77
5.1	Le point de vue des universités	78-91
5.2	Le témoignage du docteur Paul Simard	92-94
5.3	Rencontre avec trois finissants du 1er cycle en médecine dentaire	95-96

		page
5.4	Rencontre avec le docteur Jacques Dufour de la Direction des professionnels du ministère des Affaires sociales	97-98
5.5	Rencontre avec le docteur Gilles Pelletier, directeur du Service dentaire à la Régie de l'assurance-maladie du Québec	99-100
5.6	Rencontre avec les représentants de l'Ordre des dentistes du Québec	101-104
6.	Argumentation du Comité	105-110
7.	Recommandations	111-123

Liste des Annexes

Annexe I	Questionnaires	125-134
Annexe II	Définition des spécialités	136-139
Annexe III	Subventions du Conseil de recherches médicales du Canada 1974-1981	141-144
Annexe IV	Réponse de la Régie de l'assurance-maladie du Québec	146-156
Annexe V	Description des nouveaux programmes de santé dentaire financés par la RAMQ	158-162
Annexe VI	Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes.	165-167

RESUME ET RECOMMANDATIONS

Le mandat confié par le Conseil des universités au comité l'invite à formuler les recommandations aptes à promouvoir le développement rationel de la formation des spécialistes en médecine dentaire au Québec. Servi par deux événements favorables, l'amorce de cette étude s'est effectuée au moment où, aux U.S.A., la Fondation Kellogg déposait un rapport sur le même problème. En Angleterre, la Fontation Nuffield procédait à l'analyse de l'ensemble des besoins et des services en santé dentaire. Ces travaux se sont avérés fort utiles au comité parce qu'ils lui ont permis d'avoir un point de vue détaillé sur la situation de deux pays qui entretiennent avec le nôtre de nombreuses similitudes que ce soit en terme de prévalence des pathologies de formation des spécialistes et d'organisation du système des soins. Plus près de nous, deux bilans doivent être mentionnés soit celui sur la santé dentaire des canadiens, pour l'année 1980, effectué par l'Association dentaire canadienne et aussi l'enquête menée pour l'Ordre des dentistes du Québec et portant sur les effectifs dentaires au Québec. Les analyses, les réflexions et les conclusions auxquelles en arrivent ces divers travaux ont constitué pour le comité un matériau fort utile à la réalisation de son mandat. En outre, l'entière et franche collaboration que lui ont apportée les universités ainsi que les ordres et corporations professionnelles concernées, en particulier l'Ordre des dentistes du Québec, aura permis au comité de produire le présent rapport.

Au Québec, comme dans le reste du Canada et aux U.S.A., parler des spécialités en médecine dentaire, c'est parler de:

- la chirurgie buccale et maxillo-faciale
- l'endodontie
- l'hygiène dentaire publique
- la médecine buccale

- l'orthodontie
- la pédodontie
- la périodontie
- et la prosthodontie.

Il va de soi que la planification de la formation d'une main-d'oeuvre qualifiée doit généralement s'appuyer sur une analyse des besoins spécifiques. Cependant une telle analyse, dans le cas qui nous occupe, déborde largement les possibilités du comité et doit reposer sur un nombre important d'études la plupart d'ordre épidémiologique. Aussi s'est-on d'abord arrêté dans un court essai théorique à identifier certains des facteurs qui influent sur l'offre de services et à établir à l'aide de paramètres les distinctions qui s'imposent entre les notions de besoin, de demande et d'utilisation. Le comité juge par là faire oeuvre utile et il estime que ces distinctions s'imposaient comme un préalable indispensable à l'analyse factuelle à laquelle il se livre par la suite.

Parmi les faits saillants relatifs à la demande réelle et effective de services, au niveau des coûts et des modes de paiement, on peut retenir les faits suivants: Pour l'année 1978, si au Canada on dépensait pour les soins dentaires 918 millions $, le Québec et ses citoyens ont consacrer environ 248 millions $. C'est là bien entendu une approximation. Au niveau des modalités de paiement, comparativement au reste du Canada, on constate que si les Québécois ne représentent que 15.4 des clients des assurances-santé dentaire privé, par contre le régime public d'assurance, représente 73% par rapport à l'ensemble des canadiens.

Le régime public de soins dentaires du Québec se subdivise en 3 programmes dont l'un, le programme de chrurgie buccale réfère aux soins spécialisés offerts en milieu hospitalier. Ce programme, le moindre des trois, ne représente que 3.9% du total du budget pour l'année 1979 et, 62.3% de ces argents sont dépensés dans les établissements hospitaliers de la région de Montréal et à Québec. C'est donc dire le faible développement de ces services spécialisés dans les régions périphériques et surtout dans les régions éloignées.

Pour ce qui est des ressources professionnelles en santé dentaire, le groupe le plus important, celui des dentistes, regroupé à l'intérieur de l'Ordre des dentistes du Québec, a vu à toutes fins utiles son nombre doubler entre 1956 et 1980, passant de 1274 à 2343. En 1980, on établit le rapport dentiste population à 1 par 2694 habitants alors que ce rapport, en 1970 se situait à 1 par 3687 habitants.

A côté des dentistes, un deuxième groupe professionnel, celui des hygiénistes dentaires a vu ces dernières années le nombre de ses membres s'accroître considérablement. De 26 qu'ils étaient en 1975, on en dénombrait 620 en 1980 ce qui donne un ratio de 1 par 10 262 habitants. Le troisième groupe, celui des denturologistes comptait, en 1980, 667 membres ce qui produit un ratio de 1 par 9539 habitants. Si les actes que posent ces professionnels peuvent entretenir une certaine similitude avec ceux du prosthodontiste et du dentiste, il en va de même pour l'hygiéniste dentaire. On peut en voir le signe dans le fait que les hygiénistes travaillent actuellement pour la plupart dans les cabinets des dentistes et sous leur supervision. Enfin, le dernier groupe professionnel, celui des techniciens dentaires, pour l'année considérée, comptait 221 membres. Ceci donne un ratio de 1 par 28 790 habitants. Hormis les dentistes qui sont formés à l'université, les 3 autres groupes sont formés dans les cegeps. C'est évidemment du groupe des dentistes qu'émergent les spécialistes en médecine dentaire.

La comparaison de la situation entre la médecine dentaire au Québec et en Ontario, sur la base du pourcentage de leur population respective dans l'ensemble canadien, révèle que si l'Ontario connaît

des surplus en généralistes et en spécialistes, le Québec lui serait déficitaire. En effet, alors que sa population représente 26.4% de la population totale, il ne détient que 22% des dentistes généralistes canadiens. Il est aussi déficitaire pour ce qui est de la chirurgie buccale (18%), de l'orthodontie (21%) et de la périodontie (19%). Toutefois, la situation est différente pour ce qui est des spécialistes en hygiène dentaire publique (33%), en endodontie (27%), en médecine buccale (29%) et en prosthodontie (36%). Pour ce qui est des généralistes on ne doit pas oublier que, depuis 1975, - l'année où l'Université Laval a commencé à octroyer ses premiers diplômes - la situation tend à se redresser de façon rapide si bien que si on devait continuer à produire à un rythme de 150 par année, on connaîtrait des surplus compte tenu de la stagnation prévisible de la population.

On peut encore mieux cerner la situation en utilisant la méthodologie de la Fondation Kellogg et en employant comme base de comparaison le nombre de dentistes et de spécialistes par 100 000 habitants. Cette base de comparaison permet de constater que, par 100 000, le Québec dispose de 37,5 dentistes, l'Ontario 51, le Canada dans son ensemble 45 et les U.S.A. 55,8. Pour ce qui est des spécialités, en 1979, le Québec en compte 3,6 par 100 000 habitants, l'Ontario 5,6, le Canada 4,3 et les U.S.A. 7,5. Il apparaît donc que la situation en médecine dentaire au Québec doive être corrigée. Certains estiment qu'en 1980, au Québec, ce ratio était à 4,0 par 100 000 habitants. Chose certaine il va en progressant.

Si l'on s'inspire du rapport Kellogg, il faut retenir que cette commission a préconisé les mesures suivantes: maintien du ratio spécialistes/100 000 habitants à 7.4; imposition d'un moratoire sur tout nouveau programme de spécialité; abaissement des inscriptions aux programmes de spécialités à leur niveau de 1979-1980; maintien de la politique d'accueil pour les étudiants étrangers; présomption de la nécessité de réduire le nombre des spécialités; enfin, extension de l'année de résidence multidisciplinaire à 50% des finissants de premier cycle.

Selon le rapport Nuffield, en Angleterre, on ne reconnaîtrait que 3 spécialités: en chirurgie buccale, en orthodontie et en prosthodontie. Les commissaires hésitent toutefois à suggérer la création d'autres spécialités et préfèrent recommander, qu'après leur formation initiale, tous les nouveaux diplômés s'acquittent d'une année de pratique supervisée avant d'être enregistrés dans la profession.

Les 3 universités québécoises, de Montréal, McGill et Laval, qui oeuvrent en médecine dentaire ont un rythme de production au niveau du premier cycle qui, avec l'augmentation des effectifs étudiants de Laval, devrait atteindre en 1985, 160 diplômés. Déjà, depuis 1975, comme on le soulignait plus haut, le Québec connaît une progression significative des effectifs en médecine dentaire et, si la progression devait se poursuivre au même rythme, le retard constaté pourrait être comblé pour ce qui est des généralistes. Alors que la formation clinique (stages) pour l'Université McGill se déroule dans les hôpitaux, aux Universités de Montréal et Laval, elle se dispense dans des cliniques sises sur les campus eux-mêmes. Le seul problème fondamental constaté au niveau du 1er cycle réside dans les conditions d'admission où, apparait-il une rationalisation s'impose.

Au niveau de la formation postpremier cycle:

- l'année de résidence multidisciplinaire est offerte par les universités McGill et de Montréal. Alors que les étudiants de McGill s'inscrivent en grand nombre, environ 25, à cette année de résidence, l'Université de Montréal, dans ce cadre, n'accueillait que 4 étudiants par année jusqu'en 1978-79. En 82-83, elle entend pouvoir former 12 résidents. L'Université Laval n'a pas encore de poste de résidence multidisciplinaire.

- en orthodontie, l'Université de Montréal offre un programme de maîtrise. Depuis 1974-1975, dans le cadre de ce programme, elle a diplômé 7 étudiants. Toutefois, il n'y a pas eu d'admissions depuis 1977-1978 à ce programme. L'université offre aussi le programme de spécialité et, depuis 1975-1976, elle a décerné 16 certificats;

- en pédodontie, l'Université de Montréal offre le programme de spécialité et, depuis 1976-1977, elle a décerné 5 certificats;

- en chirurgie buccale et maxillo-faciale, l'université McGill offre et la maîtrise et le programme de spécialité. Depuis 1974-1975, elle a diplômé 5 étudiants en tout; l'Université Laval offre, depuis 1977, le programme de spécialité et a décerné 2 certificats.

- en prosthodontie, l'Université McGill offre et la maîtrise et le programme de spécialité. Entre 1974-1975 et 1979-1980, elle a diplômé 5 étudiants. Depuis 1980-1981, il n'y a pas eu d'admission à ce programme.

- l'Université de Montréal offre aussi une maîtrise en biologie dentaire et, depuis 1974-1975 elle a produit 2 diplômés.

L'examen du développement de la recherche constitue un indicateur sérieux de la qualité du développement des études avancées. Or, si l'on se base sur les subventions octroyées entre 1974-1975 et 1980-1981, par le Conseil des recherches médicales du Canada, des 7 provinces qui offrent une formation dans ce secteur et sont subventionnées, le Québec se situe au 5e rang avec 6% seulement du total des subventions. Bien que les universités obtiennent des subventions d'autres sources, elles reconnaissent elles-mêmes le faible niveau de développement de leur recherche dans ce secteur. Les comités qui effectuent les visites d'agrément des programmes de spécialités portent aussi sur ce point des jugements sévères ce qui, toutefois, ne les a pas empêchés d'agréer les programmes.

Si l'on s'arrête à synthétiser le témoignage des universités sur les thèmes qui ont été abordés lors des rencontres on effectue les constatations qui suivent. Parler de rationalisation des spécialités en médecine dentaire, c'est parler de développement et non pas de contraction. On estime aussi que ce développement

doit être complémentaire d'un établissement à l'autre et on juge appropriée la majoration du nombre de postes de résidence multidisciplinaire. Les universités reconnaissent la faiblesse du développement de leur recherche et certaines jugent prioritaire le développement de recherche de type épidémiologique. Elles accordent beaucoup d'importance à la mise en place d'équipes de recherche multidisciplinaires en même temps qu'elles cherchent à favoriser l'implication de leurs professeurs cliniciens dans la recherche. Pour ce qui est des programmes de spécialités, les universités estiment qu'on devrait être en mesure de dispenser toutes les spécialités au Québec mais que, de façon prioritaire, c'est un programme en hygiène dentaire publique qu'il conviendrait de développer. L'engagement des professeurs pose un problème surtout à l'Université Laval où, en raison des statuts universitaires, en plus du certificat de spécialistes, les candidats doivent aussi compléter un grade de maîtrise ou de doctorat; ceci implique un lourd investissement aussi bien en temps que financier. Toutefois, la situation est différente dans la région montréalaise. En raison de la forte concentration des spécialistes les universités peuvent recruter plus facilement des professeurs.

De façon générale tous les témoignages convergent pour ce qui est des besoins. On s'inquiète de la dispensation de soins adéquats auprès de certaines catégories de la population: les personnes âgées et les handicapés physiques et mentaux. Aussi une meilleure préparation du généraliste par l'année de résidence multidisciplinaire pourrait combler de tels besoins, surtout dans les régions éloignées et dispenser de devoir former un trop grand nombre de spécialistes.

Au terme donc de ses analyses et fort des témoignages qu'il a reçus de tous les principaux intéressés, le Comité formule les recommandations suivantes:

1° Recommandation relative au contingentement

Le Comité recommande

1° que, dans un premier temps, soit limité à 150 le nombre total des admissions en première année dans les facultés de médecine dentaire au Québec.

2° que le ministère de l'Education étudie l'opportunité de réduire davantage le nombre des candidats admis en première année de médecine dentaire dans les trois facultés concernées;

3° que le gouvernement adopte les mesures incitatives aptes à favoriser la pratique dentaire dans les régions périphériques et éloignées.

2° Recommandation relative à la rationalisation du 1er cycle et des programmes d'études avancées

Le Comité recommande

que dans les meilleurs délais, les représentants dûment mandatés des universités se rencontrent pour analyser, s'il y a lieu, corriger les écarts qui ont été constatés entre les programmes de 1er cycle et les programmes de spécialités et qu'un rapport soit remis au Conseil des universités au terme de cette opération de rationalisation.

3° Recommandation relative à l'augmentation du nombre de postes de résidence multidisciplinaire

Le Comité recommande

1° que d'ici 1990, le Québec tende lui aussi à généraliser l'année de résidence multidisciplinaire en particulier pour les dentistes qui oeuvreront en régions éloignées;

2° que l'on tende graduellement à former annuellement 50% des dentistes gradués par la résidence multidisciplinaire;

3° que soit levé progressivement le moratoire fixé à 24 postes pour les résidents en médecine dentaire;

4° qu'un projet opérationnel soit préparé par le ministère de l'Education afin d'ouvrir chaque année en moyenne 6 nouveaux postes de résidence multidisciplinaire jusqu'à concurrence de 50% du nombre de diplômés par année;

5° que les 6 prochains postes de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire soient créés dans la région de Québec sous la juridiction de l'Université Laval.

6° que les salaires des étudiants de l'année de résidence multidisciplinaire soient partiellement financés, dans la mesure du possible, à partir des sommes recueillies en vertu de l'application de la recommandation sept (7) telle que formulée ci-après.

4° <u>Recommandation visant à assurer une répartition géographique plus équitable des ressources spécialisées</u>

Le Comité recommande

que des mesures soient prises par les ministères de l'Education et des Affaires sociales afin d'étendre à certains établissements de santé situés en régions éloignées un plus grand nombre de cliniques dentaires permettant que la résidence multidisciplinaire puisse s'y dérouler en totalité ou en partie.

5° Recommandation sur la nécessité de limiter le développement de nouveaux programmes de spécialité au Québec

Le Comité recommande

1° qu'aucun nouveau programme de spécialité clinique ne soit implanté dans les universités québécoises dans les cinq (5) prochaines années;

2° que les universités veillent à renforcer leurs programmes de spécialités existants

- en implantant et en consolidant les activités de recherche;

- en favorisant l'échange ou le prêt de professeurs;

- et, le cas échéant, en recrutant et en diplômant en nombre suffisant les étudiants.

3° qu'entretemps, par un système de bourse adéquat, on favorise la formation à l'étranger des spécialistes pour combler des besoins immédiats du Québec en matière de santé dentaire;

4° que les universités de Montréal et McGill soient invitées à mettre sur pied un programme conjoint de maîtrise en hygiène dentaire publique pour une période de 5 années au terme de laquelle on réévaluera son opportunité en fonction des besoins;

5° que dans un second temps, avant la fin même du présent moratoire, soient entreprises les études nécessaires visant à déterminer l'opportunité d'implanter de nouveaux programmes de spécialités.

6° Recommandation relative aux mesures à prendre afin de favoriser le développement de la recherche

Le Comité recommande aux trois facultés de médecine dentaire, afin d'atteindre un niveau normal du développement de la recherche:

1° d'encourager chacun de leurs professeurs à temps plein, à consacrer une partie importante de ses activités à la recherche;

2° d'adopter des mesures spéciales telles l'engagement de chercheurs reconnus et la création d'équipes interdisciplinaires;

3° a) d'examiner la possibilité de se regrouper à l'intérieur d'un mécanisme qu'elles détermineraient afin de présenter auprès des principaux organismes subventionnaires (en particulier le Conseil des recherches médicales du Canada et le Fonds de recherches en santé du Québec) un ou quelques projets conjoints auxquels collaboreraient leurs chercheurs chevronnés en santé et qui les rendent concurrentiels aux équipes de chercheurs des autres universités canadiennes;

b) de se partager de façon complémentaire les principaux secteurs de recherche en médecine dentaire afin de ne pas dédoubler inutilement leurs ressources et leurs efforts;

4° de tenir annuellement, sous la responsabilité alternative de chacune des trois facultés un colloque où on établisse un bilan des projets en marche et des principales conclusions auxquelles on en arrive;

5° d'accorder une attention toute spéciale au thème de la santé dentaire des québécois.

7° Recommandation relative au financement des soins dentaires offerts dans les cliniques universitaires

Le Comité recommande

que les soins offerts pour la formation des étudiants, par les cliniques dentaires universitaires soient couverts, le cas échéant, par la Régie de l'assurance-maladie du Québec au même titre que les services couverts dans les établissements hospitaliers ou dans les cabinets privés et que les universités concernées entreprennent des démarches auprès de l'Association des compagnies d'assurances de la personne afin que ces soins soient couverts au même titre que s'ils étaient offerts en cabinet privé.

8° Recommandation relative à l'évaluation périodique des programmes en médecine dentaire

Le Comité recommande

au Conseil des universités de veiller à ce que les démarches nécessaires soient entreprises afin que dorénavant son Comité des programmes participe activement aux visites d'agrément des programmes de médecine dentaire et que, le cas échéant, un avis public soit rendu au ministre de l'Education sur ces évaluations.

1. Introduction

Le 16 janvier 1980, le Ministre de l'Education, par lettre, demandait à la présidente du Conseil des universités que soit menée, "sous l'autorité de ce Conseil et en concertation avec les organismes concernés, une étude visant à rationaliser le développement de la formation des spécialistes en médecine dentaire". Il souhaitait de plus que cette étude prenne en considération le programme de résidence multidisciplinaire. Ultérieurement, soit le 24 mars 1980, le Ministre de l'Education faisait transmettre au Conseil une requête qui lui était adressée par l'Association des Prosthodontistes relative à la situation de la formation en prosthodontie. La prosthodontie, à titre de spécialité en médecine dentaire, devait aussi faire l'objet de l'étude dont était chargé le Conseil.

1.1 Le mandat

Lors de sa 117^{e} séance régulière, le Conseil des universités, en réponse à la demande du ministre, adoptait le mandat suivant:

> Après consultation des principaux organismes concernés, après avoir procédé à l'établissement des besoins du Québec en médecine dentaire et identifié les principales ressources disponibles au plan de la recherche et de l'enseignement:
>
> - effectuer les études nécessaires et formuler les recommandations permettant de rationaliser le développement des programmes actuels et futurs visant à la formation de spécialistes en médecine dentaire;

- suggérer une stratégie de développement à moyen et à long termes des programmes d'études avancées (maîtrises et doctorats) et de la recherche en médecine dentaire dans les trois universités Laval, McGill et de Montréal;

- déterminer les orientations des trois établissements concernés pour l'ensemble des programmes d'études avancées et de spécialités et pour la recherche en médecine dentaire. Suggérer des mécanismes propres à assurer un développement concerté des programmes en fonction d'une utilisation optimale des ressources.

1.2 La composition du Comité

Aussi, le Conseil confiait-il l'exécution de ce mandat à un Comité constitué après consultation de la CREPUQ et dont la composition est la suivante:

Président: M. Michel NORMANDIN, président du Conseil de la politique scientifique du Québec;

M. Gérald ALBERT, D.D.S., Professeur à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et Chef du département de médecine dentaire de l'Hôpital Ste-Justine;

M. Claude GARCIA, F.I.C.A., F.S.A., actuaire, Vice-président de Hébert, LeHouillier et Associés Inc.;

M. Paul JEAN, D.D.S., Professeur à l'Ecole de médecine dentaire de l'Université Laval;

M. Jacques LETARTE, M.D., Professeur au département de pédiatrie de l'Université de Montréal.

M. John STAMM, D.D.S., Professeur, Faculty of Dentistry, Université McGill;

Secrétaire: M. André NOEL, agent de recherche au Conseil des universités du Québec.

1.3 Le travail du Comité

Le Comité devait amorcer ses travaux le 14 novembre 1980. Il a tenu 8 séances de travail réparties sur 9 journées. Pour des raisons tout à fait indépendantes de sa volonté, le Comité a vu ses travaux interrompus pendant une période de près de 9 mois ce qui explique le délai anormal encouru pour le dépôt de ce rapport auprès du Conseil des universités.

Dans le cadre de l'exécution de son mandat, le Comité a rencontré:

- des responsables, administrateurs, professeurs et chercheurs en médecine dentaire des Universités Laval, McGill et de Montréal;

- les Officiers de l'Ordre des dentistes du Québec;

- des représentants des finissants de 1er cycle en médecine dentaire des 3 universités concernées;

- des représentants du Ministère des Affaires sociales et de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec;

- des représentants de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec, de la Corporation professionnelle des denturologistes au Québec et de la Corporation professionnelle des techniciens dentaires du Québec.

De plus, le Comité a soumis un questionnaire aux 3 universités concernées, à l'Ordre des dentistes du Québec et aux 8 Associations de spécialistes concernées[1] ainsi qu'à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec. On retrouvera ces questionnaires reproduits à l'Annexe I de ce rapport.

1.4 Conjoncture actuelle et interprétation du mandat

A première vue, l'exécution du mandat confié au Comité pouvait apparaître chose simple puisque, en médecine dentaire, il n'existe en Amérique du Nord que 8 spécialités reconnues. Ce sont:

- la chirurgie buccale et maxillo faciale (1947)
- l'endodontie (1964)
- l'hygiène dentaire publique (1951)

(1) Hormis les prosthodontistes, aucune association n'a répondu laissant ainsi à l'Ordre le soin de faire valoir leur point de vue.

- la médecine buccale (1950)
- l'orthodontie (1950)
- la pédodontie (1948)
- la périodontie (1948)
- la prosthodontie (1948) (1)

On retrouvera en Annexe II du présent rapport, la définition de chacune de ces spécialités telle qu'établie par l'Ordre des dentistes du Québec, à partir des définitions reconnues en Amérique du Nord par les principales associations de médecine dentaire concernées.

Par ailleurs, les programmes d'études avancées, i.e. ceux qui conduisent à l'obtention de grades universitaires, maîtrise et doctorat, adoptent généralement la nomenclature reconnue pour les programmes de spécialités qui eux conduisent à l'obtention d'un certificat de spécialistes.(2) Comme il n'existe que 3 facultés de médecine dentaire au Québec, soit à l'Université Laval, à l'Université McGill et à l'Université de Montréal, la rationalisation du développement à partir de l'inventaire de ce qui existe devait être facile.

Pourtant, la tâche s'est avérée plus complexe qu'on ne l'avait prévu. Il convient d'abord d'attirer l'attention sur quelques éléments qui ont amené le Comité à s'arrêter davantage à l'analyse de certains aspects de la problématique. Faut-il le souligner, les diagnostics larges établis souvent de façon impressionniste sur l'état de santé dentaire des Québécois, que ce soit en terme du taux élevé de carie, du nombre de personnes édentées, de l'apparition précoce des pathologies dentaires, de l'absence d'habitudes hygiéniques et de mesures publiques efficaces de prévention constituent un tableau sombre de la situation, tableau que commencent à peine à confirmer et à préciser certaines études épidémiologiques sérieuses.

(1) Parmi ces 8 spécialités, l'Association dentaire américaine distingue 6 spécialités cliniques et 2 spécialités non cliniques: l'hygiène dentaire publique la médecine buccale . La date réfère à l'année de l'approbation de la spécialité par l'American Dental Association (ADA).

(2) On notera toutefois quelques divergences telle la maîtrise en biologie dentaire offerte par l'Université de Montréal.

Comment concevoir une planification rationnelle du développement de la formation d'une main-d'oeuvre aussi hautement spécialisée si l'on ne possède une connaissance exhaustive des besoins objectifs dans ce secteur de la santé? L'identification claire de ces besoins constitue l'une des tâches les plus difficiles. Aussi, l'établissement des paramètres à partir desquels on pourra mesurer les besoins, tout comme la définition même de ce qu'on signifie quand on parle de besoins et de demandes de services, contitue un exercice complexe. Le Comité a tenté ci-dessous de définir un certain nombre de paramètres, ou de catégories et d'éléments qui constituent autant de variables influant sur les besoins et les services.

Le problème au Québec, avance-t-on souvent, pour la médecine dentaire, comme pour d'autres professions de la santé, ne tient pas tant en l'absence de spécialistes comme dans la difficulté que rencontre une bonne partie de la population éparpillée sur un vaste territoire d'avoir accès aux soins de première ligne, dispensés par des généralistes en nombre suffisant. De là, à présumer qu'il faille glisser sur le problème des spécialistes pour orienter l'essentiel des ressources sur la production des généralistes, le pas est facile à faire et on le fait peut-être trop souvent sans plus d'analyse. Ca devient un tout autre problème que celui de la répartition équitable de cette main-d'oeuvre sur l'ensemble du territoire québécois.

On fait donc face à de sérieuses imprécisions, d'abord celle du système des besoins en santé dentaire, ensuite celle du système des services et enfin celle de la main-d'oeuvre qualifiée. Mais le Québec n'est pas seul à faire face au problème de la planification du développement en médecine dentaire. Il convient de signaler de façon toute particulière l'importance des réflexions qu'on a effectuées tout récemment sur le même problème aux Etats-Unis et en Angleterre. L'importance des études menées en ces lieux n'est pas à démontrer surtout en raison des similitudes qui existent dans l'organisation des programmes de formation et dans leur reconnaissance ou leur accréditation. La parenté de situation

qui prévaut entre le Québec et les Etats-Unis, tient non seulement au fait que, en général, les pathologies et leur prévalence sont fort semblables, mais aussi au fait que les modes de dispensation des soins en médecine dentaire, la structure et l'orientation des programmes de formation de 1er cycle et de spécialités et, à un degré moindre les programmes d'études avancées, sont relativement identiques car leur supervision est assurée grâce aux visites d'agrément par des organismes d'accréditation, à toutes fins utiles, uniques et qui basent leur jugement sur des critères identiques. (1)

Grâce à l'appui de la Fondation W.K. Kellogg, en 1978, l'American Association of Dental Schools (AADS) en concertation avec l'American Dental Association (ADA) et le Council on Dental Education, entreprenaient une étude sur le développement des études avancées en médecine dentaire et, plus particulièrement, sur les programmes de spécialités dentaires. Cette étude devait conduire à la production d'un rapport, en septembre 1980, intitulé: Advanced Dental Education : Recommendations for the 80's, Issues in Dental Health Policy.(2) Ce Rapport est plus connu sous le nom de Rapport Kellogg et c'est sous ce titre que nous y référerons. On doit, dès à présent, signaler qu'à maints égards les réflexions et les orientations que préconisent le rapport Kellogg constituaient des pistes intéressantes à explorer et une source de réflexion dont le comité ne pouvait faire l'économie.

En Angleterre, la Fondation Nuffield mettait sur pied, en 1978, un comité dont le mandat était ainsi formulé:

> "To review, in the light of current and foreseeable needs of the community, education and training for the practice of dentistry in the United Kingdom, taking into account advances in dental science and technology, changes in concepts of the provision of dental care, and possibilities for the prevention of dental disease; to advise on what principles future developments should be bases; and to make recommendations". (p. 1)

---

(1) Relativement à l'agrément des programmes l'Ordre des dentistes précise que: "Le protocole d'évaluation et les critères utilisés ont été établis conjointement par les Corporations professionnelles de chaque province et l'Association Dentaire Canadienne (A.D.C). Ils sont essentiellement les mêmes que ceux reconnus par l'Association Dentaire Américaine (A.D.A.). Les agréments aux programmes canadiens sont reconnus par l'A.D.A. et vice-versa.

(2) Washington, september 1980, 61 p.

La réalisation de ce mandat devait aboutir à la production d'un rapport intitulé "Dental Education : The Report of a Committee of Inquiry appointed by the Nuffield Foundation".(1) Lorsque nous vous y référerons, nous désignerons ce rapport par l'abréviation Rapport Nuffield.

Comme on peut le constater, le mandat dévolu à ce comité se distingue de celui que recevait le groupe de travail de la Fondation Kellogg. Dans ce dernier cas, l'étude est nettement orientée en fonction des programmes de spécialités, tandis que le mandat de la Fondation Nuffield est beaucoup plus large et élaboré en fonction de la santé dentaire de la population en général et de la pratique globale de la médecine dentaire en Angleterre. Il faut signaler que cette différence d'orientation entre les mandats s'explique surtout par le fait, qu'en 1976, les programmes de 1er cycle en médecine dentaire, en Amérique du Nord et plus particulièrement aux Etats-Unis, avaient tous fait l'objet d'une évaluation systématique, évaluation qui tenait plus particulièrement compte des besoins de la population et de l'évolution des données scientifiques les plus récentes. Comme on le verra plus loin, il existe des divergences philosophiques profondes dans l'un et l'autre rapport quant au type d'intervenants en médecine dentaire et au rôle nécessaire des spécialistes.

Pour ce qui est du Canada, parmi les sources d'informations disponibles, mentionnons le Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada réalisé annuellement par le Ministère de la Santé et du Bien-Etre social du Canada. Il s'agit là d'éléments de comparaison indispensables à l'établissement de la position relative du Québec par rapport au reste du Canada. Au niveau de la recherche, le Conseil de Recherche médicale du Canada a identifié, par programme de financement, par université et par province, les sommes qu'il a consacrées à la recherche en médecine

(1) London, 1980, 115 p.

dentaire depuis 1976-1977. En outre, signalons la grande utilité - même s'il ne s'agit que d'un diagnostic fragmentaire en raison de l'ampleur de la tâche qu'il se propose d'accomplir, du rapport Dental Health of Canadians - A perspective [1], établi par l'Association dentaire canadienne.

Enfin, très près de nous, et au rang des publications majeures sur le sujet, soulignons: Les Effectifs dentaires au Québec[2], étude effectuée à la demande même de l'Ordre des dentistes du Québec et parue en novembre 1979. La qualité et la précision des informations sur la composition, la répartition et l'action de la main-d'oeuvre en soins dentaire, en particulier les dentistes font de ce dernier ouvrage une sorte de portrait de la pratique dentaire au Québec à partir duquel on peut tirer quelques-unes des principales lignes établissant les perspectives de développement des spécialités en ce secteur pour le Québec.

1.5 Plan du Rapport

Comme on vient de le voir, la 1ère section de ce rapport tente de situer les perspectives générales du mandat dévolu au Comité. La 2e section se ramène à un essai d'analyse de l'Etat des besoins en santé dentaire et aussi répertorie et compare l'ensemble des ressources disponibles au Québec. La 3e section porte sur le système actuel d'enseignement en médecine dentaire au Québec. Quant à la 4e section s'arrête brièvement et pour cause à la recherche en médecine dentaire dans les trois facultés concernées. Dans la 5e section, le comité établit une synthèse des principaux témoignages recueillis lors des rencontres qu'il a tenues. Pour la 6e section, le comité établit les principaux postulats qui fonde sa pensée et définit le cadre à partir duquel il arrêtera ses recommandations lesquelles font l'objet de la 7e section.

(1) Ottawa, March 1980, 143 p.
(2) Etude effectuée par MM. Dussault, Brodeur et Constandriopoulos - Québec, Novembre 1979, 340 p.

2. Etat des besoins et des ressources

2.1 Etat des besoins et de la demande actuelle des services

On s'attend généralement, cela procède d'une démarche de simple logique, à ce que toute organisation d'un système de services et toute mise en place d'un système de formation ou de création de main-d'oeuvre spécialisée procède d'un bilan clair et exhaustif des besoins à satisfaire. Dans les faits, les scénarios de développement suivent rarement une telle séquence logique. Il faut bien le reconnaître l'une des tâches les plus ardues réside dans l'analyse et l'inventaire des besoins surtout des besoins en santé. C'est là un témoignage presque unanime. Ainsi, The Dental Health of Canadians avouera clairement au tout début de son article qui porte sur l'état de santé dentaire des canadiens:

> "It is regrettable but true that present knowledge regarding the dental health of Canadians is so inadequate that it severely inhibits the development of rational dental health policies. First, there are major regional differences in the extent and quality of information collected. Since it is also suspected that there are important regional variations in dental health, it follows that reliable national estimates for both planning and evaluation purposes are virtually impossible to generate." (p. 34)

Pour sa part, le Rapport Dussault dont l'intention première est de promouvoir une meilleure accessibilité aux services dentaires, donc une réponse plus grande et mieux adéquate aux besoins, reconnaît l'impossibilité devant laquelle il se trouve d'identifier ces besoins:

"Le choix d'aborder la question de l'accessibilité par le biais de l'étude de l'offre de soins a été fait dans la perspective de la formulation de propositions en vue de l'accroissement des services dentaires.

Les limites de ce choix viennent de ce qu'il nous impose de considérer les comportements des consommateurs et de l'Etat à partir d'hypothèses générales, en attendant que d'autres études viennent fournir, à leur sujet, des informations vérifiées." (pp. 13-14)

La Fondation Kellogg dont les moyens pour réaliser une étude sur les besoins en spécialistes ne peuvent en aucune façon être comparés à ceux dont dispose le présent Comité soulignera ainsi cette grande difficulté.

"Determining the number of dentists, by specialty, required to meet the future demand for specialty care requires further development and extension of complex forecasting methods. Even if adequate forecasting models were now available, their application still would have to await better definition and agreement within the dental community as to what should constiture appropriate specialty care." (p. 25)

Si, à tous les niveaux, surtout au niveau international, ou dans les pays où la tradition planificatrice est plus déve-

loppée, on éprouve une très grande difficulté à baser l'établissement de la production de la main-d'oeuvre sur l'état des besoins, il n'y a donc pas à s'étonner que le même constat soit établi pour le Québec et que les travaux de ce comité souffrent de la même hypothèque.

2.1.1 Absence d'études locales exhaustives sur les besoins et sur la demande

Force nous est donc de constater la grande pénurie d'études exhaustives à partir desquelles le comité pourrait établir des projections. Au Québec, sans doute ne sommes-nous pas les seuls à vivre cette situation, la planification des besoins de main-d'oeuvre surtout en santé semble reposer sur des bases uniquement comparatives avec ce qui se fait à l'extérieur. C'est donc à une sorte de jugement prudentiel auquel on se livre. Toutefois, déjà il semble que de sérieux efforts sont faits pour mieux appuyer et assurer cette démarche heuristique. Signalons d'abord que malgré son aveu d'impuissance, le Rapport Dussault montre très bien que les soins dentaires constituent un sous-ensemble de l'ensemble plus vaste que constituent les soins de santé au Québec. L'approche globale et systémique que préconise le Rapport Dussault contribue à donner de sérieuses indications pour les futurs chercheurs en hygiène dentaire. L'avantage de l'approche systémique est à la fois de permettre différentes approches analytiques qui ultérieurement seront réintégrés au système global. Il n'en demeure pas moins que son utilisation est fort complexe et lente. Entretemps, on doit se contenter de procéder par approximations successives, à partir d'études parcellaires et souvent non encore terminées. Si intéressantes que soient ces études elles n'ont pas d'abord été entreprises pour les fins de la présente étude et, ne la servent que par ricochet ou parce qu'on extrapole. On ne peut pas affirmer que de telles études parcellaires n'existent pas. Bien au contraire, il commence à s'en faire. Mais, dans l'état actuel de leur développement, l'addition des conclusions ne nous donnerait pas nécessairement une vision globale et juste des besoins de l'état de santé dentaire des québécois.

A défaut toutefois de ne pouvoir établir un bilan clair de la situation de l'état de santé dentaire des québécois, avant d'essayer d'esquisser un prédiagnostic il a paru nécessaire, pour les fins de la présente étude, d'établir les principaux paramètres à partir desquels on pourrait définir l'Etat des besoins.

2.1.2 Etat des besoins

Les membres du comité sont parfaitement conscients qu'en abordant la question des besoins de services ils ouvrent certainement la voie à une discussion longue et qui prête à de multiples interprétations à moins d'être en mesure de bien préciser la façon dont ils considèrent cette importante mais difficile question. Nous allons donc tenter, dans les pages qui suivent, de bien situer notre position par rapport à ce paramètre essentiel à la réalisation de notre mandat.

Une discussion globale sur la question des besoins en soins dentaires dépasse la stricte notion de besoins d'une population particulière et englobe l'ensemble des interrogations qui soulèvent les notions d'offre et de demande de services. Nous n'avons pas la prétention, dans le cadre de ce rapport, de soulever toutes ces interrogations et de tenter d'y répondre de façon exhaustive mais nous essaierons plutôt d'identifier les principaux facteurs qui influencent l'offre et la demande et de déterminer la façon dont ils peuvent conditionner nos recommandations.

2.1.2.1 L'offre de services

L'offre de services dentaires dépend globalement du nombre de professionnels en exercice et de leur productivité moyenne.

Cette offre s'exprime donc en termes d'actes pratiqués au cours d'une période déterminée et peut se subdiviser en de nombreuses catégories selon la nature des actes posés. Comme notre étude porte sur le développement des programmes spécialisés, nous devrions normalement pouvoir aborder le problème de l'offre à partir d'une catégorisation qui corresponde à la nature des services dispensés par chacune des spécialités. Pour que cet exercice puisse être mené à bonnes fins, il faudrait toutefois que la spécialité soit spécifique et exclusive i.e. que les actes lui soient strictement réservés. Or, tel n'est pas le cas en médecine dentaire. Le découpage entre les domaines de spécialités et entre les actes que peut poser le généraliste et ceux réservés au spécialiste n'est pas parfaitement net.

Malgré cette zone grise dans les actes réservés à l'un ou l'autre groupe, on peut déduire que l'offre de services ou le nombre d'actes pouvant être dispensé par un groupe de professionnels donnés est proportionnel au nombre de professionnels qui exercent et à leur productivité moyenne exprimée en terme d'actes dans une période donnée.

S'il est possible de contrôler, dans une large mesure, le nombre des professionnels par le biais des programmes de formation (nous reviendrons sur cette question), la productivité est influencée par plusieurs facteurs dont certains résistent assez bien à des influences extérieures et dont l'impact respectif sur la productivité est très variable, donc difficilement mesurable.

Parmi les principaux facteurs qui jouent un rôle sur la productivité des professionnels mentionnons:

a) <u>L'utilisation du personnel auxiliaire</u>

La croissance rapide de ce personnel dans les cliniques dentaires a certainement contribué à accroître la productivité au cours des dernières années.

b) Travail en équipe

Le regroupement de plusieurs dentistes, chacun prenant une responsabilité particulière dans le traitement du patient, a également favorisé la productivité. Ces cliniques ont permis la réorganisation des horaires de chacun et favorisé l'offre de services polyvalents.

c) L'amélioration de l'équipement et de l'instrumentation

Cette amélioration a joué et joue encore favorablement sur la productivité en l'augmentant.

d) L'introduction de nouveaux matériaux dentaires

Cette introduction entraîne généralement un effet positif.

e) L'âge et le niveau d'expérience des professionnels

Des études sur la rémunération des professionnels tendent à démontrer que, avec l'expérience, le nombre d'actes posés s'accroît et que le temps requis pour ces actes diminue. Dans la carrière du professionnel, le sommet de productivité se situerait aux environs de la 35e année d'âge.

Tels sont, nous semble-t-il les principaux facteurs qui, de façon générale influencent l'offre de services professionnels et qui s'appliqueraient à la médecine dentaire et à ses spécialités.

2.1.2.2 La demande de services

On confond assez fréquemment les notions de besoins, de demande et d'utilisation et il arrive parfois que les divergences notées entre certaines études ou analyses proviennent effectivement d'une telle confusion. Nous allons donc tenter de placer en parallèle ces différentes notions et d'identifier les principaux facteurs ou paramètres qui les influencent.

Deux dimensions de la notion de besoins nous intéressent particulièrement. La première est celle qui résulte d'études épidémiologiques et qui se réfère plus spécifiquement aux besoins diagnostiqués. La seconde correspond à une notion plus subjective résultant d'enquêtes directes effectuées auprès du public-cible ou de données obtenues de façon indirecte et qui permettent d'établir le niveau des besoins ressentis par ce public-cible.

Les besoins diagnostiqués que l'on peut qualifier de demande théorique maximale sont influencés par les facteurs suivants:

a) La fluoration de l'eau

Dans les régions où la fluoruration de l'eau domestique a été généralisée, elle a entraîné une baisse radicale du nombre de caries chez les moins de seize ans. Elle contribue donc à réduire les besoins diagnostiqués.

b) L'hygiène dentaire

La généralisation de l'hygiène dentaire par suite de l'amélioration des conditions de vie et sous l'influence des programmes d'éducation et d'information contribue à l'amélioration de la santé dentaire et à la réduction des besoins diagnostiqués.

c) L'amélioration des habitudes nutritionnelles

Cette amélioration constitue un élément réducteur de besoins.

d) L'amélioration des moyens de détection et de la compétence des enquêteurs

Ces deux facteurs contribuent généralement à accroître le volume des besoins diagnostiqués.

Les besoins ressentis que l'on peut également désigner demande idéale sont principalement influencés par les facteurs suivants:

a) Les programmes d'éducation et d'information dentaires

Si ces divers programmes qui visent à améliorer l'hygiène dentaire contribuent à réduire les besoins diagnostiqués, ils contribuent également à accroître les besoins ressentis en faisant prendre conscience au public-cible des problèmes dentaires demeurés, jusque-là inaperçus. Ce facteur est donc également un facteur réducteur d'écart entre besoins diagnostiqués et besoins ressentis.

b) Les programmes gouvernementaux de soins dentaires subventionnés

Ces programmes qui favorisent la fréquentation des cliniques dentaires par la population visée favorisent également la perception de problèmes nouveaux par cette population et par voie de conséquence contribuent à accroître le niveau des besoins ressentis.

c) La prolifération des régimes privés d'assurance soins dentaires

Dans ce cas, ces régimes jouent un rôle identique à celui joué par les programmes gouvernementaux.

d) Le niveau moyen d'éducation

La croissance du niveau moyen d'étude d'une population donnée favorise la prise de conscience de la nécessité de préserver la santé dentaire et partant le niveau des besoins ressentis pour certaines catégories d'actes professionnels.

e) Le revenu per capita

L'accroissement du revenu réel per capita entraîne généralement une augmentation du besoin ressenti de soins personnels améliorés.

Si la demande idéale correspondant aux besoins ressentis dans un milieu donné est celle qu'aimerait atteindre une population déterminée qui a identifié ses besoins, des impératifs, généralement d'ordre économique, empêchent que la demande réelle atteigne ce niveau idéal.

La demande réelle est donc celle à laquelle on doit normalement s'attendre d'une population dont on connaît les conditions socio-économiques et culturelles et qui s'établit presque toujours à un niveau sensiblement inférieur à celui de la demande idéale.

Même si les facteurs qui contribuent à accroître la demande réelle contribuent également à accroître la demande idéale ou le niveau des besoins ressentis, leur impact sur la demande réelle est généralement beaucoup plus élevé. Ils constituent donc des facteurs réducteurs

d'écart entre la demande idéale et la demande réelle. Ces principaux facteurs sont:

a) L'existence de programmes gouvernementaux de soins dentaires subventionnés.

b) La profilération des régimes privés d'assurance-santé dentaire.

c) Le statut social.

d) Le revenu personnel.

e) Le niveau d'éducation.

Dans une situation idéale d'offre de services, la demande réelle devrait correspondre à la demande effective ou à l'utilisation. Toutefois, dans de nombreux cas, certains facteurs empêchent de satisfaire la demande réelle qui demeure plus élevée que la demande effective. Ces facteurs sont généralement d'ordre social et assez souvent liés à la disponibilité des services. Ils tiennent aussi bien à une mauvaise distribution des professionnels et, au caractère urbain ou rural de certaines régions, qu'à la disponibilité des services de transport en commun, à la localisation des professionnels et à leurs heures de pratique.

Ce bref exposé, plutôt descriptif, sur les notions de besoins, de demande et d'utilisation peut se schématiser dans le tableau suivant:

Besoins	Demande	Utilisation
Diagnostiqués →	Théorique maximale	———
Ressentis →	Idéale	———
———	Réelle →	Possible
———	Effective →	Réelle

Seules des études épidémiologiques et comparatives pourraient permettre de bien illustrer à quel point l'un ou l'autre de ces facteurs influencent la demande. Eu égard au bien-être et à la santé de la population, il est à peu près certain que si l'on joue sur l'un ou l'autre de ces grands paramètres on parviendra à améliorer l'état de santé de la population. Toutefois, ce n'est qu'à moyen ou à long terme qu'on peut espérer hausser le niveau de scolarisation d'une population ou encore d'améliorer le revenu des individus ou de faire en sorte que la plupart des services requis soient couverts par des programmes publics ou privés.

2.2 Etat des ressources et du système de services

C'est en fonction des ressources dont on dispose que l'on peut avoir accès à des biens ou à des services. La somme des ressources dont on dispose est majeure pour l'acquisition de biens tout comme il est essentiel qu'on soit en présence d'une somme suffisante de biens offerts pour utiliser les ressources. De façon plus générale ou plus globale, le terme ressources désigne tout autant la richesse monétaire avec laquelle on se paie des services que ces services eux-mêmes. Aussi, dans la présente section nous traiterons d'abord du mode de financement des soins dentaires, (2.2.1) ensuite, nous aborderons l'identification des ressources professionnelles et physiques (2.2.2). En troisième lieu (2.2.3) nous pointerons un certain nombre de déséquilibres dans la répartition des ressources en santé dentaire au Québec.

2.2.1 Importance du mode de financement des services

L'Association dentaire canadienne estime qu'au Canada, en 1978, on aurait dépensé pour les services dentaires environ 918.1 millions de dollars. Ce montant représente environ 0.4% du produit national brut de cette année et un peu moins de 5.5% des dépenses totales en santé[1]. Pour l'année considérée, la population du Québec s'établissant à près de 27% de celle du Canada, on peut donc normalement extrapoler que le Québec aurait dû consacrer pour les soins dentaires environ 248 millions de dollars. On ne peut cependant être totalement affirmatif à cet égard. Toutefois, par un autre biais, on peut tenter de cerner l'effort du Québec en cette matière et évaluer de façon assez large quelle est notre position relative par rapport au reste du Canada et de ses provinces.

(1) Dental Health of Canadians. p. 20

En effet, mis à part le financement personnel par l'individu, les soins dentaires peuvent être couverts par d'autres sources de paiement: The Third - Party Dental Payment Programs - à savoir l'assurance individuelle type Croix-Bleue, l'assurance contractée par une compagnie et couvrant ses employés et, enfin les régimes publics. Voyons comment nous nous situons par rapport à au moins deux de ces modes de paiement. Il serait effectivement très difficile de mesurer combien de familles ou d'individus, à titre personnel, se protègent par une assurance couvrant les soins dentaires. Toutefois, les données de la Canadian Association of Accident and Sickness Insurers (CAASI) reproduites dans le tableau suivant montrent que de 1970 à 1979 le nombre de québécois couverts par une assurance a été multiplié par 129 et, malgré cette forte progression, il ne représentait encore alors que 15.4% de l'ensemble des canadiens assurés. Durant la même période, pour l'ensemble canadien, le facteur de multiplication était de 32.

NUMBER OF CANADIANS COVERED UNDER DENTAL PREPAYMENT PLANS OPERATED BY C.A.A.S.I. MEMBER INSURANCE COMPANIES FROM 1970 TO 1979 IN EACH PROVINCE (1)

PROVINCE	1970	1972	1974	1976	1978	1979
NEWFOUNDLAND	768	2 728	2 466	5 433	8 122	10,343
PRINCE EDWARD IS.	-	619	41	671	1 932	5 767
NOVA SCOTIA	1 032	2 628	4 170	11 645	23 611	37 373
NEW BRUNSWICK	133	2 869	3 554	13 554	22 176	23 522
QUEBEC	4 084	82 645	78 681	151 456	436 684	526 793
ONTARIO	48 780	120 076	371 517	845 255	1 576 941	1 868 114
MANITOBA	13 642	17 076	29 827	54 748	99 076	111 685
SASKATCHEWAN	499	8 930	3 185	29 439	51 102	50 538
ALBERTA	30 348	53 820	86 422	152 838	303 659	391 250
BRITISH COLUMBIA	6 986	22 722	41 486	129 054	279 878	387 989
YUKON & N.W.T.	3	419	1 252	2 682	2 480	2 072
CANADA	106 475	314 532	622 601	1 396 775	2 805 661	3 415 446

(1) Tiré de Dental Health of Canadians p. 99. Données fournies par la Canadian Association of Accident and Sickness Insurers.

Pour l'année 1981, les données de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc., (ACCAP), permettent de voir que pour un total de 5,472,796 personnes couvertes, le Québec en comptait 775,825 soit en proportion 14.7%. Ceci signifierait qu'il y a eu un recul relatif par rapport à l'ensemble depuis 1978.

La situation comparative du Québec est cependant toute autre si on considère le développement du financement des soins dentaires par les régimes publics.

En effet, entre 1974 et 1978, comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre de personnes couvertes par les programmes de la R.A.M.Q. a presque doublé. En 1978, ce nombre représentait environ 73% de l'ensemble des canadiens couverts par des régimes publics.

NUMBER OF CANADIANS COVERED UNDER PUBLICLY FUNDED DENTAL PREPAYMENT PROGRAMS SINCE 1974 (1)

PROVINCE	1974	1975	1976	1977	1978
	$	$	$	$	$
NEWFOUNDLAND	130 000	130 000	130 000	144 000	153 600
NOVA SCOTIA	108 000	119 400	132 700	145 200	157 900
PRINCE EDWARD IS.	-	-	-	19 420	22 595
QUEBEC	793 486	824 081	911 429	1 115 116	1 328 874
MANITOBA	-	-	-	-	6 700
ALBERTA	-	163 519	168 919	174 719	150 564
CANADA	1 031 486	1 237 000	1 343 048	1 598 455	1 820 233

(1) Tiré de Dental Health of Canadians p. 100.

Il convient toutefois de mieux expliciter les divers aspects de la couverture des soins dentaires par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Cette connaissance s'impose non seulement afin de permettre une meilleure vue des facilités faites à l'accès à ces soins mais aussi afin de mieux comprendre dans quelle mesure l'accent mis sur l'un ou l'autre aspect de ces programmes peut favoriser la création ou le développement de meilleurs lieux de formation ou encore bénéficier aux étudiants en période de formation en médecine ou en spécialités dentaires.

Ainsi, tel que le lui enjoint le gouvernement et, conformément aux stipulations de sa loi constituante, la RAMQ couvre financièrement trois grands programmes, à savoir:

1o le programme de chirurgie buccale qui défraie, pour tous les résidents du Québec, les soins désignés et offerts dans des établissements hospitaliers ou, encore, dans un établissement d'enseignement universitaire désigné par règlement; (aucun établissement universitaire n'est actuellement reconnu à cette fin);

2o le programme de services dentaires pour enfants de moins de 16 ans. Outre le fait d'augmenter la gamme des soins couverts par la Régie, ce programme extensionne ces services aux milieux extrahospitaliers, i.e. CLSC et cabinets privés.

3o le programme de soins dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale. En partie ce programme est administré après entente avec le Ministère des Affaires Sociales.

Pour une description plus détaillée de chacun de ces programmes, on se référera à l'Annexe IV, laquelle constitue la réponse de la RAMQ au questionnaire que lui adressait le comité.(1) On lira aussi avec intérêt les propos relatifs à l'unification des tarifs pour les actes couverts par l'un ou l'autre de ces programmes, que ces actes soient posés par des dentistes engagés ou désengagés. Bien entendu c'est le ministère des Affaires sociales et le Conseil du Trésor qui, pour le Gouvernement, négocient les tarifs avec les Associations professionnelles concernées, tarifs qu'appliquera la RAMQ. Le tableau reproduit à la page suivante indique, par région socio-sanitaires, et pour l'année 1979, les sommes versées par la RAMQ pour les trois programmes susmentionnés.

Pour l'intérêt de la présente étude, on retiendra surtout:

1o le caractère restreint du programme de chirurgie buccale par rapport aux deux autres programmes soit, 3.9%;

2o que ce programme de chirurgie buccale se déroule à l'intérieur des hôpitaux,

3o la concentration évidente des sommes (62.3%) et des soins dans les régions socio-sanitaires du Montréal métropolitain et de Québec.

(1) Depuis le 1er août 1982, l'orientation et les applications de ce programme ont été substantiellement modifiées par le Gouvernement du Québec. L'item 6.2, page 103 recense cette orientation nouvelle et, à l'annexe VI, on trouvera une brève description du nouveau programme tel que publicisé par la RAMQ.

PAR REGION ECONOMIQUE LES SOMMES DEBOURSEES PAR LA REGIE

POUR LES SERVICES SPECIALISES EN MEDECINE DENTAIRE

1 9 7 9

Région socio-sanitaire	Programme de chirurgie buccale	Programme de services dentaires	Programme de soins dentaires pour les bénéficiaires de l'Aide sociale	Total
	$	$	$	$
Bas St-Laurent - Gaspésie	57 360	1 875 314	623 208	2 555 882
Saguenay - Lac St-Jean	142 935	1 826 063	516 489	2 485 487
Québec	692 719	10 815 654	1 640 545	13 148 918
Trois-Rivières	217 543	3 849 252	678 522	4 745 317
Cantons-de-l'Est	309 994	3 004 074	482 874	3 796 942
Montréal - Total	1 345 528	36 510 393	5 289 988	43 145 909
Montréal métropolitain	1 159 682	19 064 425	3 217 143	23 441 250
Laurentides - Lanaudière	99 478	5 485 246	784 393	6 369 117
Sud de Montréal	86 368	11 960 721	1 288 452	13 335 541
Outaouais	81 754	2 711 828	462 930	3 256 512
Nord-Ouest	78 191	1 351 213	250 184	1 679 588
Côte-Nord et Nouveau-Québec	44 996	768 123	113 581	926 700
Ensemble du Québec	2 971 020	62 711 915	10 058 320	75 741 255

SOURCES: Régie de l'Assurance-maladie du Québec.

2.2.2 Les ressources professionnelles en santé dentaire

On ne saurait parler de façon satisfaisante des spécialités en médecine dentaire sans tenir compte des professions connexes à la médecine dentaire ou, comme le dirait le Rapport Dussault, sans le considérer d'un point de vue systémique. Par exemple, on ne peut ignorer les similitudes tout au moins d'objectifs pour certains patients, qu'il y a entre le prosthodontiste et le denturologiste. On ne peut pas non plus ne pas être intrigué par la zone grise que constituent certains actes qui peuvent être posés par les dentistes et les hygiénistes dentaires.(1) La similitude de situation entre ces deux professions comme entre le médecin et l'infirmière est, à maints égards, frappante.

2.2.2.1 Ceux qui oeuvrent en santé dentaire sont regroupés d'abord en corporations professionnelles dont la plus importante est, sans contredit, l'Ordre des dentistes du Québec qui existe depuis le début du XXe siècle et qui s'est vu confirmer dans son rôle, en 1973, par le Code des professions du Québec. L'Ordre des dentistes lui-même, tout comme la Corporation professionnelle des médecins du Québec, comprend des spécialités: huit (8). Le tableau suivant nous donne un portrait assez global de l'évolution des médecins dentistes de 1956 à 1980 inclusivement.

---

(1) Le rapport Dussault souligne à cet égard: "Les très nombreuses expériences étrangères d'utilisation d'auxiliaires à fonctions plus ou moins élargies, ne laissent pas de doute sur leur efficacité, sur la qualité des soins qu'ils rendent et sur leur acceptabilité par les consommateurs et les dentistes eux-mêmes ainsi que sur l'accroissement de productivité qu'ils permettent", p.114.

Effectifs en dentistes généralistes et spécialistes

et Rapport à la population, 1956-1980[1]

	1956	1961	1966	1971	1977	1980
(1) Nombre de dentistes inscrits à l'Ordre	1 301	1 371	1 496	1 661	2 224	2 362
2) Nombre de dentistes résidant au Québec	1 274	1 341	1 471	1 635	2 202	2 343
3) Nombre de dentistes - Généralistes	1 251	1 295	1 409	1 538	2 000	2 144
4) Nombre de dentistes - Spécialistes	23	46	62	97	202	227
5) Rapport - Population/ Généraliste	3 700	4 061	4 103	3 919	3 117	2 940
6) Rapport - Population/ dentiste	3 633	3 922	3 930	3 687	2 831	2 694

(1) SOURCES: Rapport Dussault pour 1956 à 1977.

L'année 1980 est calculée à partir des données du Rapport annuel 1980-1081 de l'Office des Professions et du Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire du Canada - 1980 - Santé et Bien-être social du Canada.

Parmi les faits les plus marquants qui ressortent du tableau précédent, retenons:

1o Que de 1956 à 1980, le nombre de dentistes inscrits à l'Ordre a plus que doublé et que seul un nombre infime de dentistes inscrits à l'Ordre résident à l'extérieur du Québec.

2o Si le nombre de généralistes a marqué cette progression du simple au double, pour sa part le nombre de spécialistes a, durant la même période, été multiplié par le facteur 8.

3o Pour sa part, le rapport population/dentistes devait décroître de 26% soit, pour la période considérée, près de 1000 habitants par dentiste.

Si l'on regarde de plus près l'évolution des dentistes, entre les années 1975-1980, en se basant sur les données de l'Ordre colligées par l'Office des professions, on constate une progression annuelle moyenne des membres de l'Ordre se situant à près de 4%.

Nombre et pourcentage d'augmentation annuels des dentistes 1975-1980

Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Nb. dentistes	1 947	2 013	2 116	2 187	2 275	2 362
Pourcentage d'augmentation		3,4	5,1	3,4	4,0	3,8
Rapport Population	3 174	3 097	2 973	2 874	2 663	2 694

Sources: Rapports annuels de l'Office des Professions du Québec.

2.2.2.2 La Corporation des hygiénistes dentaires constitue le second des quatre corps professionnels qu'au Québec oeuvrent en santé dentaire. Elle est créée et régie par les articles 239 et 240 du Code des Professions.

Nombre et Pourcentage d'augmentation annuels des Hygiénistes dentaires 1975-1980

Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Nb. hyg. dent.	29	138	328	415	616	620
Pourcentage d'augmentation		375,9	137,7	26,5	48,4	0,7
Rapport Population	213,112	45,177	19,141	15 145	10 224	10 262

Sources: Rapports annuels de l'Office des Professions du Québec.

Il convient de noter que la formation systématique d'hygiénistes dentaires au niveau collégial au Québec est récente. Cette formation dont l'implantation date de 1975 est offerte actuellement dans 7 Cegeps et, depuis cette date, la croissance est extrêmement rapide.

Pour l'année 1979, on estime qu'il y avait au Québec, 1 hygiéniste dentaire par 10,142 habitants, alors que l'Ontario en compte 1 par 5,788 et que la moyenne canadienne se situe à environ 1 par 6,791 habitants.

Le Code des professions décrit ainsi les actes que peuvent poser les hygiénistes dentaires: (1)

> "la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec: dépister les maladies bucco-dentaires, enseigner les principes de l'hygiène buccale et, sous la direction d'un dentiste, utiliser des méthodes scientifiques de contrôle et de prévention des affections bucco-dentaires;"

(1) On doit surtout noter que le Gouvernement, depuis le 12 mai 1982, a par décret effectué en faveur des hygiénistes dentaires une délégation d'actes qui, précédemment, étaient réservés exclusivement aux dentistes. On retrouvera la description de ce règlement à l'Annexe VI.

2.2.2.3 La Corporation professionnelle des denturologistes du Québec est créée en vertu de la Loi sur la denturologie qui décrit ainsi son champ et ses conditions d'exercice:

> "Constitue l'exercice de la denturologie tout acte qui a pour objet de prendre des empreintes et des articulés et d'essayer, de poser, d'adapter, de remplacer ou de vendre des prothèses dentaires amovibles qui remplacent la dentition naturelle.
>
> Un denturologiste ne peut poser les actes à l'article 6 que sur ordonnance d'un dentiste ou sur présentation d'un certificat de santé buccale délivré par un dentiste au cours de l'année précédente. Il peut toutefois réparer une prothèse dentaire amovible posée à la suite d'une ordonnance, sans une nouvelle ordonnance.
>
> Dans l'exercice de sa profession, il est interdit à un denturologiste de poser un acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter une déficience des dents, de la bouche ou des maxillaires chez l'être humain. "

Depuis 1975, le nombre des membres de cette Corporation a évolué dans le sens où l'indique le tableau ci-dessous.

Nombre et pourcentage d'augmentation annuels des denturologistes 1975-1980

Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Nb. dentur.	403	455	515	496	629	667
% augm.	-	12,9	13,2	-3,7	26,8	6,0
RAPPORT Population	15 336	13 702	12 191	12 671	10 013	9 539

Sources: Rapports annuels de l'Office des Professions du Québec.

On doit aussi signaler que les denturologistes reçoivent une formation de niveau collégial au Collège Edouard-Montpetit qui, chaque année, accepte une cohorte de 33 étudiants.

Au sujet des denturologistes, on doit plus particulièrement remarquer:

1) que l'importance de leur nombre origine du fait qu'en 1976, le Gouvernement du Québec - l'Office des professions - soumettait à un examen tous ceux qui oeuvraient en technique dentaire et désiraient appartenir à la Corporation des denturologistes. On constatera aussi le résultat de cette opération en considérant les années 1976 et 1977 à la page 33 sur les effectifs de techniciens dentaires où il y a eu diminution des membres.

2) la similitude de leur champ d'exercice avec celui du dentiste et une partie de celui des prothodontistes;

3) qu'au Québec, si on compte actuellement environ 700 denturologistes, on dénombre 2362 dentistes et 31 prosthodontistes. (1)

4) le denturologiste doit normalement limiter son action à la fabrication de prothèses amovibles. Pour sa part, outre le diagnostic et le traitement, la prosthodontie couvre généralement la prothèse fixe, amovible et maxillo-faciale.

2.2.2.4 La Corporation professionnelle des techniciens dentaires (1) constitue le quatrième groupe professionnel reconnu par la loi. Elle est régie par les articles 241 à 244 du Code des professions. Son champ d'exercice se définit ainsi:

(1) A partir des données actuelles disponibles, il n'a pas été possible d'analyser de façon comparative la situation des denturologistes québécois avec la profession similaire dans les autres provinces canadiennes. Il en va de même pour les techniciens dentaires.

"La Corporation professionnelle des techniciens dentaires du Québec: fabriquer ou réparer des prothèses dentaires, sur ordonnance d'un dentiste, d'un denturologiste ou d'un médecin."

En général, on les retrouve oeuvrant soit dans des laboratoires où on produit des prothèses dentaires et des appareils orthodontiques ou soit dans des cliniques de prosthodontistes ou associés à des denturologistes. Depuis 1975, cette corporation a connu l'évolution suivante:

Nombre et pourcentage d'augmentation annuels de techniciens dentaires 1975-1980

Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Nb. techniciens	624	700	189	192	218	221
% augmentation	-	12,2	- 73,0	1,6	13,5	1,4
Rapport population	9 904	8 906	33 218	32 734	28 890	28 790

SOURCE: Rapport annuel de l'Office des Professions.

On doit remarquer, à propos de cette corporation, la distorsion entre le nombre des membres inscrits en 1976 et en 1977. Cette chute provient de ce qu'un nombre important d'entre eux sont passés à l'Ordre des denturologistes. La formation actuelle, offerte au Collège Edouard-Montpetit, qui admet une cohorte annuelle de 30 étudiants, devrait permettre, si le taux d'attrition est normal, aux effectifs de cet ordre de croître d'environ 5% annuellement. Cet ordre de grandeur peut toutefois varier en raison du fait que dans cette cohorte les étudiants effectuent un choix entre la technique dentaire et la denturologie.

Au terme de ce bref tour d'horizon des professionnels de la santé dentaire au Québec, il faut, pour être complet, signaler qu'il n'existe pratiquement pas au Québec d'infirmières-dentaires. Ces professionnelles exercent surtout en Saskatchewan et on en retrouve quelques-unes oeuvrant dans certains milieux ruraux du Manitoba. Comme cette province ne forme

pas d'infirmière-dentaire, on peut s'interroger sur leur avenir au Manitoba.

2.2.3 Les déséquilibres dans l'offre de services:

Le Comité n'a pas l'intention de s'attaquer à des déséquilibres tels:

- le fait que certains actes posés par catégorie de professionnels pourrait l'être tout autant par une autre catégorie à des coûts moindres. Déjà, le Rapport Hould sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec a traité de cette question et suggéré certains correctifs;

- l'absence d'une stratégie globale à court et moyen terme permettant d'enregistrer une amélioration significative de l'état de santé dentaire des québécois.

Le Comité, s'attachant plus proprement à son mandat doit insister sur les déséquilibres suivants:

- la surreprésentation des dentistes et surtout des spécialistes dans les deux zones urbaines de Montréal et de Québec. Le Rapport Dussault et l'Annuaire de l'Ordre, 1981, montrent que sur un total de 226 spécialistes, 205 se retrouvent dans les deux zones urbaines précitées soit, plus de 90% de l'ensemble des spécialistes québécois. On doit signaler qu'une bonne partie de ces effectifs spécialisés est requise pour la formation dans les universités. Pour ce qui est des généralistes, en 1979, sur un total de 2330 dentistes,

on en retrouvait 1956 dans les deux mêmes concentrations urbaines, soit plus de 80% de l'ensemble des dentistes québécois. Ce déséquilibre est depuis longtemps connu et il ressort qu'on le retrouve aussi dans les autres professions de la santé dentaire.

- Le Rapport Dussault caractérise bien cette situation: "Les régions nettement défavorisées (...) sont les moins urbanisées".

Les deux tableaux qu'on retrouvera aux pages 37 et 38, portant sur les Effectifs de spécialistes par spécialité de 1956 à 1981 ainsi que sur la Répartition des spécialistes en 1981 par région administrative, démontrent bien les écarts considérables dans le développement des spécialités les unes par rapport aux autres et font bien ressortir, encore une fois, la surreprésentation des spécialistes à Montréal surtout et ensuite à Québec au détriment des autres régions économiques. L'importante densité de la population dans ces zones urbaines et la présence des universités offrant la formation en médecine dentaire peuvent sans doute expliquer en partie de tels écarts. Ces raisons ne sauraient toutefois les légitimer.

Si, dans le 1er tableau, on met à part les deux spécialités dites non cliniques, hygiène dentaire publique 5% et médecine buccale 2%, on remarque que les spécialités cliniques en ordre d'importance percentuelle se situent ainsi:

Orthodontie	33%
Chirurgie buccale	17%
Prosthodontie	14%
Pédodontie	12%
Périodontie	9%
Endodontie	8%

Il est parfois ressorti des rencontres qu'a tenues le Comité qu'on estimait nécessaire de développer davantage la Chirurgie buccale, la Prosthodontie et la Pédodontie. On a de plus déploré la faiblesse du développement des connaissances en santé dentaire publique. Cependant le Comité a eu le sentiment qu'il s'agissait plus d'impressions que de certitudes fondées. On a toutefois été unanime devant le besoin de prothésistes maxillo-faciale.

Signalons en outre que pour les six spécialités cliniques, on dénombre 3.3 spécialistes par 100,000 habitants en 1981. Le déséquilibre qui tient à la surreprésentation de spécialistes dans la région de Montréal (06) tel que l'indique le tableau de la page 38 , en cache un autre sur lequel il convient de lever le voile. Il s'agit du déséquilibre linguistique lequel tient à la disproportion des spécialistes anglophones par rapport aux spécialistes francophones eu égard à la répartition de leur clientèle linguistique respective. Ce n'est pas que le Comité croit qu'il y ait un lien presque univoque entre les dentistes anglophones et les membres de leur communauté linguistique. Toutefois, le poids des choses ne peut être ignoré. Ainsi, le Rapport Dussault estime que 9 dentistes non-francophones sur 10 pratiquent dans la région de Montréal (p. 108). On peut légitimement extrapoler qu'il en va de même pour les spécialistes d'origine anglophone. Le même rapport constate:

> "Les diplômés de McGill ont plus tendance à rester à Montréal en raison de la concentration de la population anglophone dans certaines parties de la région montréalaise. Toutefois, ils ont un taux d'émigration très supérieur à celui des diplômés des Universités Laval et de Montréal comme nous l'indiquons plus loin." (p. 99)

Effectifs de Spécialistes par Spécialité, Province de Québec, 1956-1980

	1956	1961	1966	1971	1977	1980	%
Chirurgie buccale	6	8	10	25	34	37	16
Orthodontie	12	26	34	43	65	75	33
Périodontie	3	4	6	12	18	20	9
Prosthodontie	2	2	3	8	27	31	14
Hygiène dentaire publique	-	6	9	9	13	13	6
Endodontie	-	-	-	-	18	18	8
Pédodontie	-	-	-	-	21	27	12
Médecine buccale	-	-	-	-	6	5	2
TOTAL	23	46	62	97	202	226	100

Sources: Rapport Dussault et Annuaire de l'Ordre des dentistes du Québec 1981.

Répartition des spécialistes par région administrative 1980

Région / Spécialité	Bas St-Laurent Gaspésie 01	Saguenay Lac St-Jean 02	Québec 03	Trois-Rivières 04	Cantons de l'Est 05	Montréal 06	Outaouais 07	Nord-Ouest 08	Côte-Nord 09	Nouveau Québec 10	Total
Chirurgie buccale			5	1	3	27	1				37
Orthodontie	1	1	7	2	1	60	1	1			75
Périodontie			2		2	16	2				20
Prosthodontie			3		1	27					31
Hyg. dentaire publique		1	4	1		6	1				13
Endocontie		1	2			15					18
Pédodontie			2	1	2	22					27
Médecine buccale			1			4					5
Total	1	3	26	5	9	179	5	1			226
Pourcentage	.5%	1%	12%	2%	4%	79%	2%	.5%			100

SOURCE: Annuaire de l'Ordre des dentistes du Québec 1981.

2.2.4 Caractéristiques actuelles de la pratique dentaire

Actuellement, nulle source, mieux que le Rapport Dussault ne peut nous permettre de dégager les principales caractéristiques de la pratique dentaire au Québec.

Aussi, dans la présente description, y puisons-nous largement bien que succintement, étant donné l'abondance des informations de ce rapport et parce que c'est plus particulièrement le spécialiste qui nous intéresse. Outre le fait, comme nous l'avons déjà à maintes reprises signalé, que le dentiste québécois travaille en zone urbaine, il est à 96% masculin et à 80% francophone. "La pyramide d'âge des dentistes généralistes est celle d'un groupe en expansion alors que celle des spécialistes indique une pénurie de jeunes spécialistes." (p. 108) Ce dernier phénomène s'expliquerait en partie par le caractère récent de certaines spécialités.

A 89% les dentistes québécois oeuvrent en pratique privée. Parmi ceux-ci, 57.1% pratiquent seuls alors que 38.1% travaillent en groupe (p. 108). Pour ce qui est du travail en groupe, il faut cependant noter que "la forme d'association privilégiée reste la seule association administrative (partage des coûts)." (p. 106). De plus, on évalue qu'en pratique privée, en moyenne, le dentiste utilise 2.04 fauteuils opératoires et emploie 1.94 personne (p. 108). Le dentiste a une semaine de travail d'environ 39.7 heures dont 32.7 chez les généralistes seraient consacrés aux soins comme tels. Enfin, "dans les régions de Montréal et des Cantons de l'Est, la liste d'attente de 70.8% des dentistes est de moins de 3 semaines; c'est le cas de seulement 27.7% des dentistes dans les autres régions." (p. 109)

Le comité, d'une part, au terme de ses consultations a, pour sa part, cru constater que si, de plus en plus de dentistes restreignent leur pratique et ainsi, dans les faits se spécialisent, d'autre part, certains généralistes limitent tout simplement leur pratique et réfèrent davantage aux spécialistes. Aussi le fait qu'ils se regroupent et se partagent les tâches laisse nettement présumer qu'il peut y avoir plus qu'une simple association administrative et que le besoin futur en spécialistes pourrait être moins élevé que prévu.

Répartition des spécialistes selon les régions économiques et la langue

SPECIALISTES	TOTAL	REGIONS ECONOMIQUES									LANGUE	
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	F	A
Chirurgie buccale et maxillo-faciale	37			5	1	3	27	1			24	13
Endodontie	19		1	1			17				11	8
Hygiène dentaire publique	11		1	3	1		5	1			11	
Médecine buccale	5			1			4				4	1
Orthodontie	75	1	2	7	1	1	61	1	1		45	30
Pédodontie	28			2			26				16	12
Périodontie	20			2			16	2			8	12
Prosthondotie	30			3		1	27				20	11
T O T A L	226	1	4	24	3	5	183	5	1	-	139	87

Sources: Ordre des dentistes du Québec (1980)

Bien que cela ne nous fournisse qu'un éclairage indirect sur la capacité à satisfaire aux besoins, le tableau suivant de l'Ordre, pour l'année 1980, montre bien pour ce qui est des spécialistes que: a) 62% d'entre-eux exerceraient en français alors que l'anglais serait la langue de 38% des spécialistes; b) sur un total de 226, on dénombre 183 d'entre-eux dans la seule région 06. Il y aurait lieu de présumer que c'est surtout dans la grande région montréalaise que se concentre les spécialistes anglophones et que, en raison de la concentration de la population, celle-ci serait proportionnellement mieux servie en effectifs dentaires spécialisés.

- Nombre de dentistes par spécialité, selon le nombre d'années de pratique pour l'ensemble du Québec

	Chirurgie buccale	Orthodontie	Périodontie	Prothèse	Hygiène dentaire	Endodontie	Pédodontie	Médecine buccale	Généraliste
10 ans et moins	9 26,5%	17 26,1%	5 27,8%	8 29,6%	0 0%	6 33,3%	10 47,6%	2 33,3%	859 42,9%
11 ans à 20 ans	12 35,3%	17 26,1%	10 55,6%	13 48,1%	3 23,1%	5 27,8%	6 28,6%	4 66,7%	420 20,9%
21 ans à 30 ans	9 26,5%	18 27,8%	0 0%	4 14,8%	6 46,2%	5 27,8%	2 9,5%	0 0%	359 17,9%
Plus de 31 ans	4 11,8%	13 20,0%	3 16,7%	2 7,4%	4 31,1%	2 11,2%	3 14,3%	0 0%	362 18,0%
Moyenne pondérée d'années de prat.	18,2	20,1	16,9	15,1	28,4	18,9	15,0	12,2	17,2

Source: Constituée à partir de Les effectifs dentaires au Québec, p. 173

Si l'on considère par ailleurs, de façon globale, la moyenne de durée de la pratique des spécialistes, on constate, d'importants écarts. De plus, la moyenne des années de pratique s'établit approximativement ainsi:

Chirurgie buccale:	18
Orthodontie:	20
Périodontie:	16
Prosthodontie:	15
Hygiène dentaire:	28
Endodontie:	18
Pédodontie:	15
Médecine buccale:	12
Généraliste:	17

En s'appuyant sur cette enquête et en présumant que le nombre de spécialistes dans les cinq dernières années a cru à un rythme d'environ 4%, le taux de vieillissement des spécialistes serait marqué surtout en hygiène dentaire, en orthodontie, en endodontie et en chirurgie buccale.

Dans le cas de la chirurgie buccale et de l'orthodontie, le Québec offre déjà des programmes de formation qui, s'ils connaissent un rythme de production satisfaisant, permettront de satisfaire aux besoins à moyen et à long terme. Il en va autrement dans le cas de l'hygiène dentaire et de l'endodontie.

Comparaisons Québec - Ontario - Canada (1979)

	Québec		Ontario		Canada	
	n.	n./100 000	n.	n./100 000	n.	n./100 000
Populations:	6 288 300		8 543 300		23 809 800	
N. Dentistes:	2 362		4 410		10 763	
N. Habitants par dentiste:	2 662		1 937		2 212	
Spéc. hyg. dent.	13	0,21	23	0,27	39	0,16
Endodontistes:	18	0,29	27	0,32	67	0,28
Chirg. buccale:	37	0,59	97	1,14	201	0,84
Méd. buccale:	5	0,08	8	0,08	17	0,07
Orthodontistes:	75	1,19	179	2,10	359	1,51
Pédodortistes:	27	0,43	43	0,50	112	0,47
Périodontistes:	21	0,33	70	0,82	138	0,58
Prosthodontistes:	31	0,49	30	0,35	87	0,37
Nombre total spécialistes:	227	3,61	482	5 64	1 031	4,33

Sources: Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire du Canada 1980
Santé et Bien-être social du Canada (mars 1981)

2.3 Etat de la situation dans d'autres milieux

Il apparaît nécessaire après les divers tableaux qui ont été brossés sur la situation des spécialités dentaires au Québec, de mieux évaluer le point où on en est rendu en comparant notre situation avec celles qui prévalent au Canada et en Ontario d'abord. Ensuite, nous étudierons la situation québécoise en regard de celle qui a cours aux U.S.A. Bien entendu, les données et les réflexions du Rapport Kellogg étayeront cette étude comparative. En troisième lieu, toujours dans cette sous-section, nous pointerons un certain nombre d'éléments qui ressortent des études de la Fondation Nuffield en Angleterre.

A défaut de pouvoir, dès le début d'une telle étude, convenir de critères discriminants qui soient clairs et acceptés de tous, une démarche progressive et comparative est apparue propice à l'amorce d'un consensus de la part de tous les partenaires impliqués. Aussi est-il opportun de signaler qu'à la cinquième section, le Comité établit un rapport synthèse des principales interventions qu'il a reçues et qu'au terme de ces témoignages, il élaborera ses propres hypothèses de rationalisation.

2.3.1 La situation Québec - Ontario - Canada (1979)

Le tableau que l'on retrouve à la page 43, confectionné à partir du Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire du Canada, permet d'illustrer la situation du Québec par rapport en la comparant à celle qui prévaut en Ontario et dans l'ensemble du Canada. A partir de cette illustration, il est permis de formuler les commentaires suivants:

i) le Québec, avec 26.4% de la population canadienne ne détient que 22% des dentistes canadiens. Il accuse donc un déficit de 4.4% alors que l'Ontario accumule un surplus de 5% des dentistes puisque, avec 36% de la population canadienne, elle dispose de 41% des dentistes. Le ratio en Ontario est donc de 1 dentiste par 1,937 habitants alors, qu'au Québec, on retrouve 1 dentiste par 2,662 habitants. Alors que l'Ontario se situerait en deça de la norme 1 d./2000h. qui semble-t-il devrait prévaloir dans les pays industrialisés, le Québec se rapproche déjà de cette norme et devrait l'atteindre d'ici 5 à 6 ans.

ii) si l'on considère de façon globale l'ensemble des spécialistes, on constate que l'écart Québec-Ontario s'établit à plus de 2 par 100,000 habitants en faveur de cette dernière. Le déficit s'élève toutefois à moins de 1 spécialiste par 100,000/h si l'on compare le Québec à l'ensemble du Canada, i.e. 3,61 par rapport à 4,33.

iii) si l'on regarde maintenant les spécialités une à une, on remarque surtout des écarts significatifs de l'Ontario:

- en hygiène dentaire (0,06)
- en chirurgie buccale (0,55)
- en orthodontie (0,81)
- en périodontie (0,49)

Compte tenu des différences de population, les écarts dans les autres spécialités pourraient être acceptables. Fait à signaler, on enregistre même un écart positif en prosthodontie pour le Québec. Les mêmes comparaisons par rapport à l'ensemble canadien révèle une situation déficitaire significative:

- en chirurgie buccale
- en orthodontie
- en périodontie

2.3.2 La situation Québec - USA (1979) et le Rapport Kellogg

On l'a vu, la comparaison du Québec avec l'Ontario et avec l'ensemble du Canada a fait ressortir notre situation déficitaire surtout en terme de spécialistes en médecine dentaire. Il convient maintenant de mieux évaluer l'ampleur de ce déficit en comparant la situation du Québec avec celle qui prévaut aux USA. Il faut rappeler que dans le domaine des sciences de la santé, les Etats-Unis exercent un leadership scientifique incontestable. Ce leadership vaut aussi en médecine dentaire. Il ne faut surtout pas oublier que les Etats-Unis exercent en plus une influence considérable sur la plupart de nos programmes de formation dans les secteurs professionnels et sur leur orientation par le biais des comités visiteurs qui fondent leur agrément des programmes en s'appuyant sur des critères et des standards précis et uniformes pour l'Amérique du Nord. Ces standards émanent la plupart du temps des USA.

Dans la première partie de cette sous-section, nous nous arrêterons à des éléments comparatifs purement quantitatifs. Dans une deuxième partie, nous tenterons d'esquisser une synthèse des principales réflexions et positions arrêtées dans le Rapport Kellogg.

2.3.2.1 Comparaison Québec - Ontario - Canada et USA des nombres de dentistes et de spécialistes par 100 000 habtants, 1979.

Entre les quatre entités géographiques, mentionnées en rubrique, la meilleure base de comparaison qu'il nous soit donné d'utiliser est celle des nombres de dentistes et des nombres de spécialistes par 100 000 habitants. On peut l'établir facilement pour l'année 1979 et tirer les constatations suivantes de la lecture du tableau qui apparaît à la page 47.

Tableau comparatif Québec - Ontario - Canada - U.S.A.
du nombre de dentistes et de spécialistes par 100 000 habitants

	Québec (1979)		Ontario (1979)		Canada (1979)		USA (1979)	
	n.	n./100 000	n.	n./100 000	n.	n./100 000	n.	n./100 000
Dentistes:	2 362	37 5	4 410	51	10 763	45	123 500	55 8
Spécialistes:	227	3 7	477	5 6	1 020	4.3	16 595	7 5
Endodontie: **	18	0 3	27	0 3	67	0 3	1 089	0 5
Ch. buccale:	37	0 6	97	1 1	201	0 8	3 849	1 7
Méd. buccale:	5	*	7	*	17	*	96	*
Orthodontie:	75	1 2	179	2 1	359	1 5	6 437	2 9
Pédodontie:	27	0 4	43	0 5	112	0 5	1 987	0 9
Périodontie:	21	0 3	70	0 8	138	0 6	2 144	1 0
Prosthodontie:**	31	0 5	30	0 3	87	0 4	891	0 4
Hyg. dent. ** publique:	13	0 2	23	0 3	39	0 1	102	0 1

Sources: Rapport Kellogg, tableau A-7 p. 56 et Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada.

* Moins de 0.1

** Dans ces 3 spécialités en particulier, plusieurs membres sont reconnus en vertu de la clause grand-père. On doit regretter le fait que plusieurs associations n'aient pas répondu au questionnaire que leur adressait le comité. On aurait mieux éclairé la nature des besoins en identifiant mieux ceux qui exercent.

i) des quatre régions géographiques comparées, le Québec se situe en dernière position après le Canada, l'Ontario et les U.S.A. En terme de dentistes généralistes, il se situe à 83% par rapport au Canada, à 74% par rapport à l'Ontario et, enfin, à 67% par rapport aux U.S.A.;

ii) pour ce qui est des spécialistes en général, on constate les même déséquilibres et dans le même ordre. Ainsi, le Québec a 86% de spécialistes par rapport au Canada, 66% par rapport à l'Ontario et 49% par rapport aux U.S.A.;

iii) en prosthodontie, le nombre de spécialistes par 100 000 habitants au Québec dépasse en proportion l'Ontario, le Canada et les U.S.A. Autre fait saillant, en hygiène dentaire publique, hormis l'Ontario, le Québec dépasse aussi le Canada et les U.S.A.;(1)

iiii) toutefois pour ce qui est des six autres spécialités les disproportions sont parfois considérables. En orthodontie, bien qu'on se rapproche de la moyenne canadienne, on demeure encore à près de la moitié de l'Ontario et bien en deça des U.S.A. En endodontie, le Québec est à égalité avec le Canada et l'Ontario mais il se situe à près de la moitié de la moyenne américaine. Si, en chirurgie buccale, le Québec se compare relativement bien à l'ensemble du Canada, il se situe à près de la moitié de l'Ontario et au tiers des U.S.A.

(1) Il faudrait considérer cette mesure avec nuances puisqu'aux U.S.A. la comparaison est établie avec les hygiénistes dentaires reconnus par l'American Board of Dental Public health et non pas sur la base de ceux reconnus par les "Boards" de chaque Etat.

En pédodontie, le Québec avec 0,4 approche le Canada et l'Ontario (0,5) mais se situe à moins de la moitié des U.S.A. (0,9). Enfin, en périodontie, le Québec se situe à la moitié de la proportion canadienne et environ au tiers des proportions ontariennes et américaines.

2.3.2.2 Résumé des principales positions du Rapport Kellogg

Nous le signalions dès le début, les travaux de la fondation Kellogg constituent sans contredit l'effort le plus important déployé en Amérique du Nord en vue de planifier le développement des spécialités en médecine dentaire. Nous ne pouvons faire l'économie de ces réflexions car, il n'y a pas à douter, qu'à moyen et à long termes, les positions arrêtées dans ce rapport influenceront de façon majeure le développement de la médecine dentaire spécialisée au Canada et aussi au Québec.

La conclusion majeure à laquelle en arrive la fondation Kellogg pour les U.S.A., concerne la nécessité de maintenir le ratio actuel de 7.4 spécialistes par 100,000 habitants. Seules les 6 spécialités cliniques (i.e. on exclut la médecine orale et l'hygiène dentaire publique) sont concernées par ce ratio qui ne devrait en aucune façon augmenter dans les prochaines années, c'est-à-dire au moins jusqu'en 1990.

"The current ratio of clinical dental specialists to population is 7.4 per 100,000. The task force believes that this ratio is a reasonable upper limit to meet the future need for specialized dental services. Since the current rate of increase in the number of dental specialists is greater than that of the population, the number of dentists completing clinical specialty programs and entering practice in the United States must be decreased." (p. 25).

La seconde conclusion majeure à retenir, c'est qu'on consacre en quelque sorte dans le développement des spécialités, la prééminence qu'occupent l'orthodontie et la chirurgie buccale et maxillo-faciale i.e. qu'elles occupent une proportion de plus de 50% de l'ensemble des 6 spécialités cliniques. Comme conséquence pratique de ces deux positions initiales et compte tenu de l'analyse de la situation qui prévaut en 1980, la Fondation Kellogg recommande:

1) qu'on impose un moratoire sur l'ouverture de tout nouveau programme de spécialité;

2) que les inscriptions aux six programmes de spécialités cliniques soient ramenés au niveau de l'année 1979-1980.

Concrètement, cela signifie que pour l'ensemble des USA, dans la prochaine décade, on aura 289 programmes de spécialités cliniques accueillant annuellement environ 800 nouveaux étudiants. Si l'on extrapole et que l'on multiplie par les trois années que dure la spécialisation aux USA, on aura environ une moyenne de 8.3 étudiants par programme de spécialité clinique.

Notons toutefois, et c'est là un point important pour le Québec qui a vu la plupart de ses spécialistes formés aux Etats-Unis, que ce moratoire ne s'applique pas aux dentistes étrangers: "Such a reduction assumes no change in the number of nonresident alien dentists enrolled in these programs". (p.25)

Il faut le signaler, la Commission Kellogg qui préconise un moratoire pour les programmes de spécialité et ramène à un seuil antérieur le niveau d'accueil en 1ère année des programmes de spécialités, soulève la question de la réduction du nombre des spécialités dentaires. Elle présume fortement de la nécessité de procéder à une réduction du nombre de spécialités. Cependant, en l'absence d'analyse très spécifique, elle reconnaît:

> "It will be difficult to undertake a fundamental revision of dental specialization; however, the task force believes that society and the profession would be served better by a carefully planned restructuring of the existing specialties and a reduction in the total number of specialities recognized by the profession." (p.27).

Cependant, la Commission Kellogg apporte toutefois un contrepoids majeur aux mesures restrictives qu'elle préconise par ailleurs. Ainsi, elle estime nécessaire qu'on étende à plus de finissants du 1er cycle l'année de résidence multidisciplinaire qu'elle définit:

> "a form of advanced dental education that offers special opportunity for advanced comprehensive clinical experience and is usually associated with a hospital or other setting devoted to patient care." (p.3)

D'ailleurs, depuis 1972, on remarque aux USA une forte tendance des étudiants à s'inscrire à ce programme d'une année postdoctorale en résidence multidisciplinaire. De 1972 à 1979,

cette croissance a été de l'ordre de 70%. Les experts remarquent que cette croissance s'est faite de façon concurrente au fort développement de la connaissance en science dentaire et en même temps que les techniques sont devenues plus sophistiquées. Sans doute aussi, dans bien des cas, la résidence est-elle perçue comme une année préparatoire à la spécialisation.

Mais, c'est surtout parce que le généraliste aura a traiter un éventail de plus en plus large de patients, présentant des situations de santé complexes, qu'il convient de favoriser cette résidence multidisciplinaire:

> "However, the newly graduated dentist must care for such patients in practice. Some features of practice such as the total management of each patient, the care of a large and diverse group of patients, and the operation of a dental office are not easily simulated in dental schools." (p.20).

Limitant d'une part le développement du nombre de spécialistes, confiant d'autre part au généraliste la tâche d'élargir son champ d'intervention afin de faire face aux besoins nouveaux comme à une meilleure utilisation des découvertes, la Commission Kellogg recommande donc en définitive:

> "The task force recommends that the number of positions in general practice residencies and other advanced dental education programs designed to better prepare students for general practice should be increased to accommodate approximately one-half of the dental school graduates by the mid-1980s." (p.21).

2.3.3 La situation en Angleterre et le Rapport Ruffield

C'est par l'intermédiaire du Rapport Ruffield qu'on peut le mieux saisir le pouls de l'évolution de la médecine dentaire en Angleterre et au Pays de Galles. Aussi y apprend-t-on, qu'en 1979, on dénombrait 497 consultants i.e. spécialistes pour une population d'environ 31,146,000 habitants. Soit une moyenne de 1 spécialiste pour environ 63,000 habitamts ou 1.6 spécialiste par 100,000 de population. On se trouve donc fort éloigné de la proportion des USA de 7.5 par 100,000 et même de la situation du Québec où la proportion est de 3,2 spécialistes par 100,000. En Angleterre, ces 497 consultants ou spécialistes se répartissent comme suit:

311	en chirurgie buccale	(62%)
132	en orthodontie	(27%)
54	en prosthodontie	(11%)
Total: 497		100%

Pour ce qui est du rapport dentiste-population, on estime, qu'en 1978, celui-ci s'établissait à 1 pour 2,800 habitants. Toutefois, sur les 20 000 dentistes enregistrés, 77% d'entre-eux seulement exerceraient ce qui ramène le ratio effectif à 1 dentiste par 3,630 habitants.

Si nous revenons à la question de la spécialisation, il convient de signaler que des spécialistes (consultants) existent en fait, qu'il y a même des "training pathways defined (...) in oral surgery and oral medicine, orthodontics, paediatric dentistry and restorative dentistry (which comprises conservative dentistry, periodontology and prosthetic dentistry). (p. 20). Ceux-ci oeuvrent surtout dans les hôpitaux régionaux. Leur type de spécialisation dira le Rapport Ruffield

peut différer de la spécialisation reconnue aux professeurs qui oeuvrent dans les hôpitaux d'enseignement.

L'Angleterre a aussi créé un cursus menant à la spécialisation "in community dental health". Toutefois, elle a omis ou négligé de créer des postes où ceux-ci pourraient exercer.

Mais le fait saillant au Rapport Nuffield peut se résumer dans le sentiment des commissaires affirment:

> "We do not feel able to make any firm recommendation about the creation of the grade or title of "specialist" nor about the establishment of specialist registers, although we understand that the GDC is secking powers to enable it to provide for such registration" (p. 69)

Si, en effet l'avantage d'avoir des spécialisations est de hausser la qualité de certains actes et de promouvoir l'avancement de la recherche, elles comportent néanmoins certains désavantages.

> "When a specialty is created those in the specialty become reluctant to perform non-specialist activities, while those who had previously cared for the kind of patients which the specialty has been promoted to serve, may no longer see it as their responsibility to do so". (p. 68)

Le besoin de spécialistes se fera effectivement moins sentir si le généraliste est préparé à exercer l'ensemble des fonctions qu'on attendra de lui dans l'avenir. Il n'est pas inutile de rapporter ici le portrait que le Rapport Nuffield se fait du dentiste des vingt prochaines années.

> "The dentist of the future will need to apply a broader knowledge of the development and growth of jaws and teeth, and of pathology, pharmacology, medicine and surgery. There will have to be a considerably closer relationship between the general dental practitioner (GDP) and the consultant services. Throughout his professional life the dentist will need the judgement and capacity to adapt to changes in patterns of disease, medication, new technologies, improved equipment and matcrials, more effective team co-operation, and more demanding public expectation. Dentists of the future will be sufficiently adaptable only if the education they receive provides a sound grasp of principles over a wide range of subjects and cultivates the skills of communication. It should also instill in them an enthusiasm for further learning, an appreciation of the benefits of team-work and a determination never to do less than their best for their patients and the community at large." (p. 34)

C'est pourquoi, quels que soient les correctifs et les améliorations qu'on apportera à la formation initiale du nouveau dentiste, compte tenu de la complexité de l'exercice de sa profession comme aussi le fait qu'il exerce in solo, les Commissaires recommandent à la suite des nombreuses représentations qu'ils ont reçues, même des étudiants, plutôt que d'allonger la durée de la formation initiale, d'imposer une année de pratique supervisée avant l'enregistrement. "We also believe that a period of one year would be appropriate. There is no objective evidence that defines the right period but one year seems reasonable". (P.38).

C'est donc en élargissant la gamme des actes que le futur généraliste pourra poser et en le préparant à soigner un éventail plus étendu de patients présentant différentes pathologies que l'Angleterre entend préparer ses futurs généralistes. Ce faisant, elle n'a pas à pousser plus avant la formation de spécialistes.

3. Le système actuel d'enseignement en médecine dentaire

3.1 Les programmes d'enseignement offerts en 1980

Au Québec, trois universités enseignent actuellement en médecine dentaire. Il s'agit des universités McGill, de Montréal et Laval. On se réfèrera au tableau de la page 58 afin de mieux visualiser l'éventail des programmes offerts en médecine dentaire aussi bien au niveau du 1er cycle que des cycles supérieurs. Sciemment, on exclut de la présente section tout ce qui se rapporte à l'enseignement de niveau collégial i.e. les trois programmes visant à préparer les hygiénistes dentaires, les denturologistes et les techniciens dentaires. Plus haut, on a traité de ces trois corporations lorsqu'il s'est agi de parler des professionnels de la santé dentaire. En outre, on aura l'occasion de faire valoir à nouveau le point de vue de ces trois corporations dans la section où on traitera des personnes et des groupes rencontrés.

Tel que l'illustre le tableau cité, les trois universités offrent en tout 12 programmes en médecine dentaire. Trois de ces programmes, d'une durée de quatre années et de 1er cycle, conduisent au grade de docteur en médecine dentaire (ou Doctor of dental surgery). Nous excluons le certificat de 1er cycle en hygiène dentaire offert par l'Université de Montréal, lequel vise plus entre autres, à perfectionner les techniciens(nes) en hygiène dentaire formés au niveau collégial.

Les trois universités oeuvrent au niveau post ler cycle. Laval n'offre toutefois qu'un programme de spécialité, tandis que l'Université de Montréal offre en plus du programme d'une année de Résidence multidisciplinaire, deux programmes de maîtrise et deux programmes de certificats de spécialistes. Pour sa part, McGill offre aussi en plus du programme de Résidence multidisciplinaire, deux programmes de maîtrise et deux programmes de certificats de spécialistes.

Universités / Programmes	McGill	U. de M.	Laval
Prog. 1er cycle	DDS 4 ans 173 cr.	D.M.D. 4 ans 166 crédits 8 trimestres	B.Sp. 6 trim. 96cr. D.M.D. 8 trim. 146 cr.
Résidence multi-disciplinaire	Certificate M, crédits indéterminés 12 mois	Grade et n. crédits à déterminer. 1 an (3 trimestres)	———
Endodontie	———	———	———
Chirurgie buccale	M.Sc. - 38 mois 115 crédits Certificat spéc.	———	Certificat, 12 trim. 180 crédits
Médecine buccale (ou biologie dentaire)	———	M.Sc. biologie dent. 45 cr. 1 an 3 trim.	———
Orthodontie	———	Certificat, 90 cr. 6 trim. M.Sc. 45 cr. 3 trim. (Cert. préalable au M.Sc.)	———
Pédodontie	———	Certificat 77 cr. 6 trimestres	———
Périodontie	———	———	———
Prosthodontie	M.Sc. 26 mois 78 crédits certificat spéc.	———	———
Hygiène dentaire publique	———	———	———
Hygiène dentaire Corp. des hygiénistes dentaires	———	Certificat 30 crédits 2 trimestres	———

La considération de ce tableau doit amener à formuler un certain nombre d'observations ou d'interrogations telles:

i) la différence dans le nombre des crédits offerts dans les trois programmes de 1er cycle; on doit toutefois tenir compte du fait que les institutions n'ont pas toutes la même définition du "crédit".

ii) le Québec n'offre aucun programme de maîtrise ou de spécialités en endodontie, en périodontie et en hygiène dentaire publique;

iii) Laval et McGill offrent toutes deux un programme en chirurgie buccale. A son programme de spécialité, McGill ajoute un programme de maîtrise.

iiii) l'Université de Montréal, mis à part son programme de résidence multidisciplinaire (dont le contenu et le poids est à déterminer), est la seule à oeuvrer en biologie dentaire, en orthodontie et en pédodontie. Elle n'offre qu'un programme de maîtrise en biologie dentaire et qu'un programme de certificat en pédodontie. Toutefois, en orthodontie, pour s'inscrire à la maîtrise de 45 crédits, il faut au préalable avoir complété le certificat de spécialiste de 90 crédits. C'est là une exigence très lourde.

v) en regardant attentivement ce tableau, il ressort clairement qu'on a de la difficulté à établir des comparaisons car tantôt on parle de semestre, tantôt de mois, tantôt d'années, tantôt de crédits. Une unité de base claire et uniforme permettrait de mieux mesurer et comparer ces programmes entre-eux.

3.2 Les Institutions associées à l'enseignement

Les Universités Laval et de Montréal possèdent chacune une clinique dentaire sur leur campus où elles reçoivent des clients et effectuent des soins à des coûts généralement moindre que ceux chargés en cabinet privé. Pour sa part, l'Université McGill n'a pas de clinique sur le canpus et tout son enseignement clinique (ou stages) se déroule en milieu hospitalier.

Toutefois pour dispenser leurs programmes de résidence multidisciplinaire et de spécialités, les Universités se sont associés à des hôpitaux où il existe déjà des cliniques dentaires. Ce sont:

Pour l'Université McGill, les six hôpitaux suivants:

- Montreal Children's Hospital
- Montreal General Hospital
- Royal Victoria Hospital
- St-Mary's Hospital (1)
- Jewish General Hospital
- Queen Elisabeth Hospital

(1) En vertu d'une entente à partir de 1982-1983, l'Hôpital St-Mary's accueillera 4 étudiants en résidence multidisciplinaire de l'Université de Montréal. Dorénavant, ces postes de résidence seront sous la juridiction de l'Université de Montréal.

Et pour l'Université de Montréal, les quatre hôpitaux suivants:

- Hôpital Ste-Justine
- Hôpital Notre-Dame
- Centre Hospitalier St-Vincent-de-Paul (Sherbrooke)
- St-Mary's Hospital[1]

Enfin, pour l'Université Laval, les deux hôpitaux suivants:

- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Centre Hospitalier de l'Université Laval.

Donc, en tout, onze établissements hospitaliers concourent à la formation de spécialistes en médecine dentaire et aussi à la réalisation de la résidence multidisciplinaire.

(1) Voir note page 57.

3.3 Les professeurs qui dispensent l'enseignement

L'Université de Montréal, pour dispenser ses enseignements ou assurer l'encadrement clinique en médecine dentaire, compte sur 39 professeurs à temps plein et sur 4 professeurs à demi-temps. De plus, 109 médecins dentistes sont chargés de clinique sur la base de 30 jours/année. Outre 38 chargés de cours qui offrent au total 348 heures de cours par année, la Faculté a recours aux services de 11 superviseurs de stages. C'est donc un total de 201 personnes qui, de façon directe ou par association constituent le corps professoral de l'Université de Montréal en médecine dentaire. S'il fallait établir un ratio par rapport à l'ensemble des étudiants de 1er cycle, celui-ci s'élèverait à environ 1 professeur pour 7 étudiants. Ce n'est là bien entendu qu'une approximation. Il faut aussi tenir compte du fait que certains de ces professeurs oeuvrent aussi au niveau des programmes de spécialités.

A l'Université Laval, en 1982-1983, bien que l'Ecole détienne 33 postes de professeurs équivalents temps complets, elle compte sur 22 professeurs formés sur place pour enseigner à 120 étudiants de 1er cycle, 10 étudiants de 2^{e} cycle et 7 étudiants au programme de spécialité. Pour un total de 137 étudiants, on aurait un ratio de 1 ETC/6.2 étudiants. Toutefois, si on ajoute à ces enseignants les assistants et les chargés d'enseignement, lesquels totalisent 6.4 équivalents temps complet, on obtient le ratio de 1 ETC/4.1 étudiants.

L'Université McGill compte, en 1982-1983, sur un total de 121 professeurs dont 22 sont à plein temps et 99 enseignent à temps partiel. Ces professeurs sont responsables de l'enseignement au 1er cycle aux programmes de spécialités en chirurgie buccale et maxillo-faciale, en prosthodontie et au programme de résidence multidisciplinaire. Pour un dernier programme, ils sont assistés de 38 autres professeurs parmi le corps médical des hôpitaux Royal Victoria, Montreal Children's et du Jewish General. Tout le corps médical du département de dentisterie du Montreal General Hospital sont membres de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill. On peut approximativement évaluer le ratio professeurs/étudiants à 117.

3.4 Les étudiants inscrits aux programmes

3.4.1 Le 1er cycle

Les 4 tableaux qu'on retrouvera dans les pages suivantes sont relatifs aux clientèles inscrites dans les programmes de médecine dentaire du 1er cycle et de niveau gradué.

Le 1er de ces tableaux porte sur les diplômés des programmes de 1er cycle pour les trois universités concernées et pour les années 1974-1975 à 1979-1980. On remarque d'abord une grande constante dans les diplômés annuels des universités McGill et de Montréal. Les programmes de médecine dentaire font partie de la gamme des programmes contingentés - 85 étudiants à l'Université de Montréal et 42 à l'Université McGill.

Pour sa part, l'Université Laval qui a implanté son programme au début des années 1970 commençait à peine à diplômer en 1974-1975. Jusqu'à l'an dernier, le quota des étudiants admis en 1ère année était fixé à 24. A partir de 1981-1982, le contingent des étudiants admis passe à 36(1). Il y a donc lieu de présumer compte tenu des contingents d'étudiants admis en 1ère année, que le Québec, à partir de 1986-1987, pourra produire 150 nouveaux docteurs en médecine dentaire. Il se rapprochera donc sensiblement de la production annuelle ontarienne de 175 nouveaux dentistes. L'écart dentiste-population tendra donc à se réduire et, il y a lieu de croire qu'au début des années 1990, le Québec dépassera la moyenne canadienne et s'approchera de la moyenne ontarienne en terme de généralistes.

(1) Il y a lieu de noter que les investissements déjà consentis à Laval prévoyaient la possibilité d'admettre des cohortes de 50 nouveaux étudiants annuellement. Il semble que l'Université, compte tenu des contraintes budgétaires ne dépassera pas le quota de 36.

Etudiants inscrits et diplômés au programme de 1er cycle depuis 1974-1975 (1)

Univ. / Année	McGill		U. de M.		Laval		Total des dipl. des 3 prog.
	Insc.	Dipl.	Insc.	Dipl.	Insc.	Dipl.	
74-75	167	42	340 *	77	73	16	135
75-76	167	40	-	82	80	15	137
76-77	169	40	-	79	87	14	133
77-78	166	42	-	79	96	22	143
78-79	161	43	-	80	97	24	147
79-80	157	37	-	79	97	24	140

Sources: Données fournies par les universités

* Ce nombre est le résultat d'une projection, l'Université de Montréal accueillant environ 85 nouveaux étudiants par année.

Etudiants inscrits et diplômés dans les programmes de spécialités et d'études avancées Univ. de Montréal

	Rés. mult.		M.Sc. Orthodontie		Cert. I et II Orthodontie		Cert. I et II Pédodontie		M.Sc. Biol. dentaire	
	Inscr.	Dipl.(1)	Inscr.	Dipl.	Inscr.	Dipl.	Inscr.	Dipl.	Inscr.	Dipl.
74-75	4	-	2	2	-	-	1	-	1	1
75-76	4	-	3	-	10	5	-	-	-	-
76-77	4	-	6	2	5	2	3	1	-	-
77-78	4	-	-	2	5	3	4	2	1	-
78-79	4	-	-	1	7	2	2	2	3	1
79-80(2)	8	-	-	-	9	4	2	-	2	-

Sources: Données fournies par l'Université.

(1) Il y a lieu de présumer que tous les résidents ont complété avec succès l'année de résidence.

(2) Jusqu'en 1978-1979, cette résidence se déroulait à l'Hôpital Notre-Dame. En 1979-1980, elle était intégrée à l'Université de Montréal qui s'adjoignait comme lieu, l'Hôpital St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke. En 1982-1983, le nombre de résidents est passé à 12 et en vertu d'un contrat d'affiliation, l'Université de Montréal utilise le St-Mary's Hospital.

Etudiants inscrits et diplômés dans les programmes de spécialités et d'études avancées de l'Univ. McGill

	Résid. multidisc.		M.Sc. Oral Surgery and specialization		M.Sc. Prosthodontics and specialization	
	Inscr.	Dipl.	Inscr.	Dipl.	Inscr.	Dipl.
74-75	23	-(1)	2	0	3	1
75-76	26	-	3	2	3	1
76-77	27	-	2	0	3	1
77-78	29	-	3	1	3	1
78-79	30	-	3	1	1	0
79-80	27	-	3	1	1	1
80-81	25	-	3	-	0	-

Sources: Données fournies par l'Université.
(1) L'Université n'ayant spécifié dans ses réponses, il y a lieu de présumer que les étudiants ont complété avec succès l'année de résidence.

Etudiants inscrits et diplômés au certificat en chirurgie buccale et maxillo faciale de l'Université Laval

	Inscrits	Diplômés
1972	2	
1973	3	
1974	3	
1975	3	
1976	3	1
1977	3	1
1978	3	1
1979	3	-
1980	5	1
1981	6	1
1982	7	1

Sources: Données fournies par l'Université.

3.4.2 Les programmes d'études avancées de l'Université de Montréal

A la maîtrise en orthodontie, l'Université de Montréal semble avoir fait un plein d'inscriptions de 1974 à 1977 et produit de 1974 à 1979 un total de sept diplômés. Les inscriptions semblent toutefois taries depuis 1977.

Pour ce qui est des certificats I et II en orthodontie, les inscriptions et les diplômés après avoir connu une courbe descendante semblent s'acheminer vers une remontée. Retenons surtout que l'Université a diplômé 16 orthodontistes dans une période de 5 années. C'est plus du tiers des 45 orthodontistes que compte le Québec.

En pédodontie, l'Université a diplômé 5 étudiants sur une période de 6 années, ce qui représente environ 20% des 27 pédodontistes du Québec.

Quant au programme de maîtrise en biologie dentaire - lequel ne s'adresse pas uniquement aux finissants du 1er cycle en médecine dentaire - il vise plus particulièrement la formation de chercheurs. L'université a diplômé 2 biologistes sur une période de six années.

Le Québec ne compte que cinq spécialistes en médecine buccale et l'adjonction d'une maîtrise en biologie dentaire s'avèrera utile à l'approfondissement des fondements de la médecine et de la pratique dentaire en général.

Pour ce qui est du programme de résidence multidisciplinaire, comme en font foi les données et les témoignages recueillis, on n'a pas réussi à combler les postes qui étaient disponibles. Toutefois, l'Université de Montréal a procédé au réaménagement de ce programme qui, espérons-le, répondra aux aspirations et aux besoins des étudiants. Il semble aussi que la situation soit redressée pour 1981-1982.

Il faut ici signaler l'effort considérable déployé par la région de Sherbrooke - Hôpital St-Vincent-de-Paul - pour permettre la réalisation de ce programme de résidence pour l'Université de Montréal. Pour les autres régions périphériques, en médecine dentaire, la région de Sherbrooke pourrait être citée en exemple en raison de son dynamisme.

3.4.3 Les programmes d'études avancées de l'Université McGill

Au niveau des études avancées, l'Université McGill se distingue d'abord par son programme de résidence multidisciplinaire, dans lequel, si elle a les places disponibles, elle peut inscrire jusqu'à 30 étudiants (e.g. année 1978-1979). C'est là un fait majeur à noter, car, l'année précédente 1977-1978, elle avait produit 42 diplômés de 1er cycle. C'est donc dire le fort attrait des étudiants de l'Université McGill en médecine dentaire pour la poursuite d'études avancées en particulier pour la résidence multidisciplinaire qui, nous dira-t-on, joue un rôle préparatoire à la spécialisation pour certains étudiants.

Quant au programme de M.Sc. in Oral Surgery, l'Université maintient ses inscriptions à 3 étudiants depuis 4 ans et diplôme en moyenne 1 étudiant par année.

Depuis 1974-1975 elle a décerné 5 maîtrises. Or le Québec dénombre 37 spécialistes en chirurgie buccale.

Pour ce qui est de la prosthodontie, les inscriptions au programme de maîtrise décroissent de façon significative dans les 3 dernières années considérées. Depuis 1974-1975, l'Université a décerné 5 maîtrises. Le Québec, comme on l'a vu précédemment compte 31 prosthodontistes.

3.4.4 Le programme d'études avancées de l'Université Laval

Au niveau des études avancées, l'Université Laval offre le programme de spécialité en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Il s'agit du seul programme francophone dans cette spécialité en Amérique du Nord. D'une durée de quatre années, ce programme requiert que les étudiants suivent intégralement le programme de 3^{e} et de 4^{e} années de médecine.

L'Université Laval n'offre pas d'année de résidence multidisciplinaire pour ses finissants de 1er cycle.

3.4.5 Conclusions sur les programmes de spécialités

Le comité est parfaitement conscient du faible niveau de développement des programmes de spécialités au Québec. Dans certaines spécialités, le rythme des inscriptions et des diplômés même s'il semble faible répondrait aux besoins. Par ailleurs, dans d'autres spécialités, on aurait visiblement intérêt à augmenter la productivité des programmes compte tenu des comparaisons qu'on peut établir pour ces spécialités avec l'Ontario et les USA.

Le comité n'a pas remis en cause l'opportunité du programme de certificat en chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'Université Laval qui lui est apparu venir compléter celui qu'offrait déjà l'Université McGill. On doit signaler que la dernière visite d'agrément qui a été effectuée tout récemment au sujet de ce programme à amener l'organisme canadien à la reconnaître pour une période de cinq années. Actuellement ce programme fournit l'occasion à l'Université Laval de développer des études avancées et de la recherche en santé dentaire. Ce développement est indispensable à la bonification de son enseignement de premier cycle et aide aussi à mieux desservir l'est du Québec.

Le programme de certificat en prosthodontie de l'Université McGill est actuellement suspendu. C'est là un fait paradoxal dans une province où on déplore tant l'édentition chez un grand nombre de personnes. L'opportunité d'exister d'un tel programme au Québec n'est pas à démontrer. Aussi les autorités responsables - l'Université, le MEQ et le MAS - devraient-elles adopter les mesures qui s'imposent pour le réactiver.

4. La recherche en médecine dentaire au Québec

Sans contredit, le développement de la recherche constitue l'un des plus sérieux indicateurs de la qualité des études avancées et à maints égards des études de 1er cycle sur lesquels elle entraîne des retombées bénéfiques. En outre, la recherche constitue la plupart du temps le garant sur lequel on s'appuie pour préconiser le développement ou l'implantation de nouvelles activités d'enseignement supérieur. La médecine dentaire ne saurait échapper à cette exigence et aussi il importe de bien mesurer le développement que connaît la recherche dans ce secteur au Québec.

A cette fin, les subventions du Conseil de recherche médicale du Canada constitue en quelque sorte la ligue majeure où se joue en grande partie le devenir dans l'avancement des connaissances du monde de la santé (cf. Annexe III).

A cet égard, les performances du Québec auprès de cet important organisme subventionnaire semblent laisser à désirer. En effet, la lecture du tableau de la page 74 établissant les subventions accordées en médecine dentaire de 1974-75 à 1980-81 montre que sur les 7 provinces subventionnées, le Québec se situe au 5^{e} rang, avec 6% seulement des subventions totales accordées pendant ces années derrière l'Ontario (51%), le Manitoba (17%), la Colombie-Britannique (14%) et l'Alberta (10%). Le Québec devance cependant la Nouvelle-Ecos e qui obtient 2% et la Saskatchewan moins de 1%.

Afin de mieux voir la situation, si nous isolons l'année 1979-80, en nous basant sur d'autres données fournies par les Universités, nous remarquons que Laval obtient 41 100$ du CRMC et 5 100$ de l'Université pour un total de 46 200$. L'Université McGill qui obtient 62 510$ du CRMC obtiendra 78 858$ d'autres sources (Upjohn, N.C.I., C.R.S.Q., N.I.D.R.). Ce qui donne un total de 141 368 pour l'Université McGill. Elle fait ainsi plus que doubler sa subvention.

Selon la même source de données, il en va autant pour l'Université de Montréal qui, en plus des 86 753$ qu'elle aurait reçu du C.R.M.C. en 1979-80 aurait presque égalé ce montant par d'autres sources (C.R.S.Q., M. S.B.E.S., Alma mater soit, 86, 256$.

Pour l'année 1979-1980, les 3 universités auraient fait converger vers la recherche en médecine dentaire environ 360 577$.

Si l'on se base par contre sur les réponses des 3 universités au questionnaire que leur adressait le Comité, on constate que celles-ci déclarent avoir reçu entre 1975-1980:

Universités	Montant	N. de chercheurs
McGill	561 532$	15
Univ. de Montréal	428 463	16
Laval	239 427	12

Il faut bien noter qu'il s'agit là du cumul de subventions qui ne sont pas uniquement destinées à la recherche en médecine dentaire. Il y aura aussi des subventions à des chercheurs qui ne sont pas des spécialistes en médecine dentaire, mais dont les contributions au plan de la recherche servent à bonifier tout ce secteur et dont les retombées s'exercent en médecine dentaire.

Subventions du Conseil de recherches médicales du Canada
aux écoles de médecine dentaire de 1974-75 à 1980-81

Province \ Année	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	Total
Québec *	101 217	135 764	102 178	65 810	88 029	85 849	92 975	671 822
Ontario	710 876	651 696	718 061	870 607	848 814	1010 104	1239 320	6049 478
Alberta	141 946	124 906	132 021	147 131	245 066	223 518	232 981	1247 569
Manitoba	217 100	262 501	271 857	243 201	311 066	325 614	346 148	1977 487
Saskatchewan	20 650	18 358	10 000	13 288	14 444	14 359	15 031	106 130
Nouvelle-Ecosse	11 600	13 094	61 458	15 521	22 920	34 000	37 030	195 623
Colombie Britannique	140 855	174 671	190 904	251 223	252 244	330 246	343 271	1683 414
Total	1 344 244	1 380 990	1 486 479	1 606 711	1 783 583	2 2023 990	2 306 756	11 931 523

Sources: Tableau effectué à partir des données du Conseil médical du Canada.

* 5 provinces ne possèdent qu'une école de médecine dentaire,
l'Ontario en a 2 et le Québec 3.

Il convient cependant de bien pointer la faiblesse du développement de la recherche en ce secteur. Soulignons que, lors de la rencontre que le Comité a tenu avec l'Université Laval, les représentants de la faculté reconnaissent, qu'avec l'implantation du programme de spécialité en chirurgie buccale et maxillo-faciale sans avoir développé au préalable une infrastructure et de solides recherches, qu'on avait carrément fonctionné à l'inverse de ce qui devrait se faire et "mis la charrue avant les boeufs". La visite d'agrément de ce programe par l'Ordre et l'Association dentaire canadienne, donnera d'ailleurs lieu à ce diagnostic sévère, que nous extrayons du document soumis par l'Université:

"En examinant le curriculum vitae du personnel du Service de chirurgie buccale et maxillo-faciale, on découvre qu'il y a eu peu de publications récentes et presque aucune recherche clinique ou appliquée. Dans une institution où l'on trouve un grand nombre de cas variés et significatifs, le personnel devrait témoigner de ses recherches et préparer des publications qui, en fin de compte, stimuleraient les internes et les autres membres du personnel et leur serviraient d'exemples pour des activités semblables".

Pour ce qui est de l'Université de Montréal, les comités visiteurs déplorent là aussi le faible développement de la recherche.

"Le Comité d'accréditation remarque que les fonds de recherche ont sensiblement diminué à la Faculté de médecine dentaire depuis les 5 dernières années et que le niveau de productivité de la recherche est bien bas".

Par ailleurs, à l'Université qui reconnaissait la nécessité de mieux former des chercheurs dans les domaines scientifiques

afin d'améliorer la pratique de la médecine dentaire, on a fait valoir comme obstacle à la réalisation de cette bonne intention le faible noyau de candidats inscrits aux programmes:

"Un des objectifs exprimés par la Faculté de médecine dentaire au Comité d'accréditation, est l'entraînement de chercheurs dans les domaines scientifiques susceptibles d'améliorer la pratique de la médecine dentaire.

Commentaires: Il nous semble que cet objectif soit impossible à atteindre à cause de la grande faiblesse des activités de la recherche. Bien qu'il existe un programme de maîtrise en biologie et en orthodontie, nous n'avons que peu de candidats qui s'y inscrivent."

A l'Université McGill où, comme on l'a vu, les subventions se rapprochent sensiblement de celles obtenues par l'Université de Montréal, les jugements sur la qualité de la recherche et sur ses possibilités de développement se font plus nuancés. On parlera des facilités excellentes pour le développement de la recherche, des collaborations qu'on peut facilement obtenir et on formulera des souhaits à l'effet que le fédéral, le provincial et les agences privées continuent à y financer le développement de la recherche. Mais même là, le ton discret et nuancé ne vas pas sans soulever des interrogations.

On présume de plus que le nombre limité de subventions accordées a aussi pour cause le nombre limité de demandes adressées aux organismes subventionnaires.

Somme toute, ce serait un bilan assez négatif qu'il faudrait porter sur l'état de la recherche en médecine dentaire au Québec, bilan qui fait craindre pour la qualité des programmes existants et qui encourage peu au développement de nouveaux programmes d'études avancées. Toutefois, au moins pour ce qui est de l'Université Laval, la situation en 1982 se redressait considérablement et l'Université peut faire état de subventions pour cette seule année s'élevant à plus du quart de million de dollars

5. Les rencontres tenues par le Comité

Un processus d'évaluation ne saurait être valable ni satisfaisant s'il ne fournit l'occasion aux principaux intéressés de faire valoir leur point de vue. D'ailleurs, les recoupements, les contradictions, les précisions mêmes auxquelles donnent lieu les audiences s'avèrent un matériau riche et complémentaire aux données ou aux textes lesquels sont nécessairement succints. Sans doute, le Comité n'a pas pu rencontrer ceux qui au premier chef sont intéressés, à savoir les patients. Il estime toutefois pouvoir s'appuyer sur l'intégrité des autres agents rencontrés pour pouvoir préconiser l'adoption de mesures qui ne lésent pas le client, mais qui, au contraire servent le mieux ses intérêts tout en tenant compte de la capacité effective du Québec de se payer des programmes de formation supérieure en spécialités dentaires.

Rappelons, avant d'exposer la systhèse des points de vue qu'a fait valoir chacun des intervenants, que le Comité avait invité des représentants des Universités Laval, de Montréal et McGill. Bien entendu, chacune de ces universités était rencontrée séparément. En outre, le Comité a rencontré l'Ordre des dentistes et les 3 autres corporations professionnelles impliquées. Il a aussi reçu un représentant de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec et du Ministère des Affaires Sociales. Les finissants des 3 programmes de 1er cycle ont aussi été invités à exprimer leur point de vue. Enfin, à titre exceptionnel et en raison de leur éminente contribution à l'évolution de la médecine dentaire au Québec, le Comité a tenu à rencontrer les docteurs Paul Simard (Laval) et Jean-Paul Lussier (Univ. de Montréal). Ce dernier n'a pu malheureusement, en raison d'engagement à l'étranger, rencontrer le Comité mais il a tenu à faire savoir qu'il partageait les points de vue de son collègue. Ce sont ces points de vue que nous nous attachons à exposer ci-dessous.

5.1 Le point de vue des Universités

Lors de sa rencontre avec chacune des universités, le Comité a convenu d'aborder un certain nombre de points qui lui apparaissaient fondamentaux et sur lesquels il désirait connaître de façon plus claire la position des établissements et, éventuellement dégager des positions de base communes ou des concensus. Il s'est agit des points suivants:

a) explicitation et discussion du mandat;
b) la résidence multidisciplinaire;
c) la recherche;
d) les programmes de spécialité;
e) le recrutement des professeurs;
f) les priorités de l'Ecole et de l'Université face au développement de la médecine dentaire.

Il convient de signaler que le Comité disposait pour ces entrevues des réponses au questionnaire que chaque université avait fait parvenir.

5.1.1 L'Université Laval

Le Comité reçoit:

MM. Paul BOURQUE, adjoint au vice-recteur à l'enseignement et à la recherche

Roland VALLEE, doyen de l'Ecole de médecine dentaire.

André CHAREST, directeur du programme de chirurgie buccale et maxillo-faciale

Jean-Yves TURCOTTE, professeur en chirurgie buccale et maxillo-faciale

Claude ST-PIERRE, directeur de l'Ecole des gradués.

a) L'EXPLICITATION DU MANDAT soulève le problème de l'analyse des besoins. A l'Université qui souhaiterait que le comité procède à une étude exhaustive de ces besoins, on fait valoir que le comité n'a ni les moyens, ni le temps de le faire. Toutefois, un peu comme dans le rapport de la Fondation Kellogg, pour la province, on cernera les principaux paramètres qui permettent une évaluation assez globale. Il appartient toutefois à l'université de mieux préciser, pour la région qu'elle dessert, l'étendue de ses besoins. Au niveau global, si l'on estime, qu'au Québec, les pathologies sont similaires à celles qu'on observe aux USA, les problèmes particuliers que nous rencontrons se situent davantage au niveau de la production des généralistes, de la formation des spécialistes et de leur répartition géographique. Le comité aura aussi à déterminer le nombre de programmes de spécialités dont on devra pourvoir le Québec tout en tenant compte des besoins, des ressources et aussi de la capacité financière.

Le 3^{e} point du mandat requérant de "déterminer les orientations des 3 établissements concernés", soulève une inquiétude face à la conservation de l'autonomie universitaire. On fait remarquer, en guise de réponse, qu'une telle étude vise à indiquer les voies de développement et à suggérer des orientations. C'est au ministre qui reçoit l'avis, à prendre les dispositions qu'il juge appropriées face à la répartition des crédits consacrés à l'enseignement supérieur. Le Comité, comme le Conseil, vise surtout à favoriser une concertation basée sur une meilleure connaissance des besoins et des ressources communes.

b) LA QUESTION DE L'EXTENSION DE LA RESIDENCE MULTIDISCIPLINAIRE, telle que suggérée dans le rapport de la Fondation Kellogg étant soulevée, les représentants de Laval font valoir qu'ils sont favorables à l'adoption d'une telle formule de formation, même si, étant donné la jeunesse de leur école, ils n'ont pu en faire l'expérience. Toutefois, dès que leur 1er cycle aura atteint une vitesse de croisière normale, ils s'y impliqueront. Cette implication sera facilitée par la présence des cliniques dentaires bien structurées à l'hôpital l'Enfant-Jésus et au Centre Hospitalier de l'Université Laval. Cette année de résidence serait utile en particulier pour préparer des généralistes mieux formés à traiter les handicapés et à offrir une gamme plus étendue de services dans les régions éloignées.

Si, à long terme, ces nouveaux diplômés ne devraient pas diminuer le besoins des spécialistes, il est à peu près assuré, qu'à court terme, on réduirait le nombre trop grand de cas référés. Pour la population en périphérie, ce serait là fort avantageux, du fait qu'ils auraient moins à se déplacer. Il faudrait aussi souligner qu'une telle pratique permettrait aux spécialistes d'améliorer la qualité des services et leur disponibilité aux clients souffrant de pathologies graves. On fait aussi valoir que cette résidence, en rendant plus compétents les généralistes, permettrait sans doute de diminuer le nombre de cas référés au spécialiste en raison même des erreurs de traitement. Aussi la maturité, qu'acquerrait par cette année de résidence le médecin dentiste, pourrait constituer un gain important. On peut établir un parallèle entre cette année de résidence et la résidence en médecine familiale.

On juge toutefois difficile la mise en place d'un tel programme dans les Centres éloignés. La distance entre les hôpitaux en périphérie et l'université est telle qu'il faudrait pratiquement concentrer les activités à Québec où se retrouvent les différents spécialistes. L'abolition des postes de résidence à l'hôpital de Chicoutimi illustre bien la difficulté qu'il y aurait à étendre la réalisation de ce programme dans les régions de Chicoutimi et de Rimouski par exemple.

On doit aussi considérer que l'implantation de cette année de résidence, à Québec, pour 12 gradués, exigerait le recrutement de 3.5 professeurs et, de préférence, il faudrait des plein temps dans les différents hôpitaux.

c) LA RECHERCHE à l'Ecole de médecine dentaire de Laval est à l'état embryonnaire. Toutefois, avec la phase II de la construction, on aura toute l'infrastructure disponible pour vraiment démarrer. On rencontre cependant un problème crucial du côté des ressources humaines. Les professeurs en presque totalité sont requis pour l'enseignement de 1er cycle. L'augmentation des contingents de 24 à 36 et à 48 étudiants admis annuellement alourdira encore la tâche. Cependant, déjà deux chercheurs consacrent la majeure partie de leur temps à la recherche, l'un en bactériologie, le second en biochimie. On tente de recruter un physiologiste et un dentiste pour constituer le noyau de chercheurs. Ainsi, en 1982-83, on espère avoir 4.8 professeurs-équivalents se consacrant à la recherche, ce qui représentera environ 10% des effectifs de l'Ecole contre 6% actuellement. On vise toutefois à atteindre 20% du temps-professeur consacré à la recherche.

Le cas du programme de chirurgie-buccale illustre bien la situation. Il faut maintenant consolider le programme par la recherche, ce que l'on n'a pu faire à venir jusqu'ici. Aussi, pour la réaliser, on devra doubler le corps professoral actuel.

Les membres du Comité signalent d'une part, la faiblesse du personnel de support (techniciens et autres) et, d'autre part, la nécessité de développer un modèle permettant à des chercheurs d'y consacrer la totalité de leur temps et à des cliniciens de pouvoir se libérer une journée/semaine. En outre, même si l'action du chercheur-clinicien diffère de celui qui oeuvre en sciences pures, il n'en demeure

pas moins utile, semble-t-il, qu'on lui accorde le temps nécessaire. Pour cette raison, il convient de ne pas se fixer un seuil critique trop bas.

Les responsables de l'Ecole jugent eux-mêmes indispensable, s'ils veulent offrir une formation valable, de développer la recherche. Toutefois, les moyens concrets pour réaliser cette intention ne pourront être connus avant que l'université ne donne son accord au Plan de développement triennal 1980-1983. Cependant, pour les responsables de l'Ecole, la situation vécue est-elle que, sans une augmentation significative du corps professoral, le développement de la recherche risque de demeurer une bonne intention.

d) LES PROGRAMMES DE SPECIALITES à développer n'ont pas encore fait l'objet d'une étude à Laval. Il faut d'abord consolider le développement du programme de chirurgie buccale et maxillo-faciale en allégeant la tâche des cliniciens et permettre le développement de la recherche. Sans contredit, le problème le plus sérieux est celui qui résulte de la concentration des spécialistes actuels dans la région montréalaise. Laval estime avoir bien commencé avec le programme de chirurgie, on juge important de développer aussi la prosthodontie et la pédodontie. L'Ecole n'a pas encore de priorité bien arrêtée mais constate les grands besoins que rencontrent les handicapés et les vieillards pour recevoir des soins adéquats.

Si l'on développe des programmes de spécialités, il faudrait éviter les dédoublements et veiller à avoir des programmes forts i.e. basés sur des recherches valables, dotés d'un corps professoral compétant et recrutant des étudiants en nombre suffisant.

Le manque d'intérêt pour la poursuite d'études spécialisées du côté des étudiants pourrait s'expliquer par des facteurs linguistiques et financiers - les revenus de la pratique dépassent les salaires

que l'on peut verser aux professeurs. Pour l'université, l'engagement d'un nouveau professeur s'avère un investissement lourd: 2 ans d'enseignement, 3 ans d'études à l'étranger pour un total de 5 années. Le doyen fait remarquer que le certificat de spécialiste ne donne pas droit, en vertu des statuts universitaires, à l'équivalence du doctorat. Les nouveaux professeurs aux études doivent donc aller chercher une maîtrise pour devenir professeurs-agrégés.

e) LA COLLABORATION INTERUNIVERSITAIRE est souhaitée par Laval. Déjà, avec l'Université York, on offre conjointement le programme de MBA et les 2 établissements décernent conjointement le diplôme. De plus, cette pratique déjà existe en médecine et elle a été à nouveau recommandée par le rapport du Conseil des universités sur les programmes de spécialités médicales. Toutefois, sans nécessairement qu'il y ait d'entente formelle, il est possible de prévoir des échanges de professeurs entre les universités c'est peut-être là la forme de collaboration la plus souhaitable.

5.1.2 L'Université McGill

Le Comité reçoit:

MM. Edward STANSBURY, vice-principal à la planification
Eigel PEDERSEN, vice-principal aux affaires académiques
Gordon MACLACHLAN, vice-principal à la recherche et doyen des études graduées
Kenneth BENTLEY, doyen de la faculté d'art dentaire
Peter NOBLE, doyen adjoint à la recherche de la faculté d'art dentaire
Robert HARVEY, directeur du département de "clinical Dentistry"
Mme ZIMMER, remplaçant Mlle Hélène RICHARD.

a) L'EXPLICITATION DU MANDAT amène le président à préciser que le Comité y a lu davantage la nécessité de proposer des mesures visant à rationaliser le développement de nouveaux programmes que la nécessité de rationaliser dans les quelques programmes déjà existants.

b) LA RESIDENCE MULTIDISCIPLINAIRE ne s'impose certes pas pour tous les détenteurs du Doctorat of Dental Surgery. Il serait toutefois satisfaisant si 50% des finissants pouvaient s'inscrire à une telle résidence. Les étudiants devraient cependant choisir librement de s'y inscrire. Il faut aussi réaliser que cette résidence s'ajouterait à une scolarité déjà longue compte tenu que la très grande majorité des étudiants en médecine dentaire à l'Université McGill ont déjà complété un premier cycle universitaire (75%). Seulement 5% des étudiants admis en médecine dentaire viennent directement du CEGEP.

La résidence multidisciplinaire devrait concentrer ses activités autour des soins à donner aux handicapés à la condition de donner à ce terme un sens plus large que celui qui y est donné par le Ministère des Affaires sociales. Peut-être considéré comme handicapé toute personne qui a besoin de traitement particulier (hémophile, hospitalisé, etc...).

Il serait même désirable que les jeunes dentistes qui se dirigent vers l'une des spécialités puissent faire d'abord une année de résidence multidisciplinaire.

c) LA RECHERCHE constitue une condition indispensable au développement de tout enseignement universitaire. Et, selon les autorités de l'Université McGill cette condition vaut aussi pour la médecine dentaire.

S'il n'y a pas plus de recherches à l'Université McGill dans ce domaine, ceci est dû à l'absence de programmes gradués solidement établis ainsi qu'au manque de personnel. L'université n'a pas reçu l'encouragement nécessaire pour lui permettre de développer de bons programmes gradués. La recherche en subit les contrecoups. En outre la formule de financement utilisée par le ministère n'a pas favorisé le développement de la faculté de médecine dentaire. Au cours des dernières années l'université a tout de même réussi à augmenter le nombre de professeurs plein temps et à réduire les temps partiels. Il s'agit là d'un effort important pour la recherche.

d) POUR CE QUI EST DES SPECIALITES, le Québec avec les quelques programmes de spécialités qu'il offre fait figure de parent pauvre par rapport à l'Ontario et aux Etats-Unis. Nous avons donc un grand besoin de spécialistes et il est important de les former chez nous autant que possible afin de favoriser le développement simultané de la recherche dans ces domaines. Il n'est vraisemblablement pas désirable d'offrir chaque spécialité dans chaque université, mais on devrait être en mesure d'offrir toutes les huit spécialités au Québec. On pourrait aussi envisager de mettre sur pied des programmes conjoints.

En ce qui concerne nos besoins particuliers, il serait nécessaire de les établir par une étude sérieuse et non de se fixer uniquement à des comparaisons avec les effectifs disponibles aux Etats-Unis ou en Ontario. Il est toutefois évident qu'une telle étude ne peut être entreprise par le comité compte tenu des délais qui lui sont impartis.

Parmi les priorités dans ce domaine l'Université McGill voit d'abord la nécessité de conserver et renforcer les programmes existants ainsi que celle de créer un programme de santé publique.

L'Université McGill rencontre les mêmes problèmes que les autres universités dans l'opération de ses cliniques dentaires. Les patients y sont traités à tarifs réduits et lorsque les soins donnés sont couverts par l'Assurance-maladie du Québec, il est impossible d'obtenir un remboursement de cet organisme.

L'un des vice-recteurs fait remarquer que les programmes de l'Université McGill dans le domaine de la médecine dentaire sont ouverts aux francophones.

En principe, on s'entend pour dire qu'il est préférable d'avoir plus de candidats pour chacun des programmes que de lancer plusieurs programmes dans une même spécialité. Toutefois, il faut tendre vers une situation où les retonbées de la récherche seront maximales pour l'enseignement de premier cycle.

e) LE RECRUTEMENT DES PROFESSEURS ne pose pas de problème en soi à l'Université McGill étant donné le nombre important de spécialistes dans le bassin montréalais. Les seules contraintes qu'on connaisse sont les contraintes financières qui limitent les engagements. Pour ce qui est de la relève du corps professoral, les problèmes varient selon les spécialités.

f) IL ETAIT PRIORITAIRE, dans un passé récent, pour l'Université McGill de développer la médecine dentaire. Toutefois, l'actuel contexte de restriction budgétaire fait qu'il est difficile de préciser ce qui va demeurer prioritaire. Sans doute, le demeureront les programmes qui existent actuellement et qui sont de haute qualité.

Cependant, on ne peut pas prévoir de développement rapide et spectaculaire de la faculté. Le nombre de chaises dont on dispose ainsi que le nombre d'étudiants admis demeureront sensiblement les mêmes à court et à moyen terme.

5.1.3 L'Université de Montréal

Le Comité reçoit:

MM. Jacques ST-PIERRE, vice-recteur à la planification
Jacques MENARD, vice-recteur aux études
Alain VAILLANCOURT, doyen de la faculté de médecine dentaire
Jean YERGEAU, professeur
Roland PROULX, adjoint au vice-recteur aux études.

a) L'EXPLICITATION DU MANDAT amène monsieur Normandin à préciser que le Comité a interprété son mandat comme celui de devoir "effectuer les études nécessaires et formuler les recommandations permettant de rationaliser le développement des programmes actuels et futurs visant la formation de spécialistes en médecine dentaire" plutôt que de "rationaliser les programmes actuels et futurs". Cette interprétation convient mieux compte tenu du niveau de développement de l'enseignement spécialisé dans ce secteur au Québec.

b) LA QUESTION DE LA RESIDENCE MULTIDISCIPLINAIRE étant soulevée, les représentants de l'Université de Montréal font valoir qu'il existe déjà à l'université trois (3) programmes de résidence multidisciplinaire et que ces programmes ont été mis sur pied pour desservir des clientèles particulières: les handicapés. Toutefois, il est bien évident que ces programmes enrichissent en les préparant mieux les diplômés eux-mêmes bien qu'ils n'aient pas d'abord été créés dans ce but spécifique. Cependant bien que les représentants de l'université estiment qu'il faille encourager l'extension de la résidence multidisciplinaire ils sont hésitants à affirmer que celle-ci devrait être obligatoire. L'année dernière sur 80 diplômés, 20 ont fait la demande d'admission à une résidence multidisciplinaire. On constate donc une tendance à la hausse et une plus forte motivation à se faire admettre à cette année.

Cependant, il faut considérer que le programme de 1er cycle en médecine dentaire est déjà très chargé. Donner une plus grande extension à la résidence multidisciplinaire ne serait-ce pas ajouter à la longueur des études. Est-ce bien nécessaire? C'est surtout par sa clientèle, son caractère expérimental ou clinique que se légitime le besoin de la résidence multidisciplinaire. Même si elle demeure sous la responsabilité académique de l'Université, elle devra se dérouler dans le milieu hospitalier. Il n'est pas à exclure non plus que cette résidence puisse se dérouler en cabinet privé.

c) LA RECHERCHE

Après un exercice visant à préciser les sommes qui de façon immédiates ou médiates sont consacrées à la recherche, le verdict se fait très précis: il ne se fait pas autant de recherche qu'il devrait s'en faire à la faculté. Cette lacune s'explique en bonne partie par le fait qu'en début de carrière, les professeurs ont dû consacrer à l'enseignement la majeure partie de leur activité. Il est maintenant très difficile de leur demander de se réorienter et de démarrer des activités de recherche. Toutefois, les plus jeunes professeurs s'intéressent davantage à la recherche ce qui est de toute façon nécessaire si on veut développer des programmes de spécialités. Les programmes de spécialités et la recherche doivent se développer concurramment à l'université.

Le Comité s'interroge ensuite sur les raisons qui expliqueraient le retard du Québec en recherche dans ce domaine. Les représentants de l'université précisent que le nombre de demandes provenant du Québec ainsi que les sommes demandées sont inférieurs à celles des autres provinces et en particulier à celles de l'Ontario. Le taux de réussite ou de succès dans les demandes est lui aussi plus faible mais il n'explique pas la différence entre les sommes obtenues par le Québec et celles obtenues par d'autres provinces. Un désir de s'orienter davantage vers la recherche fondamentale et une certaine hésitation à

favoriser la recherche appliquée et clinique est peut-être à l'origine de cet état de fait.

Pour favoriser le développement de la recherche en médecine dentaire, il semble qu'il faille augmenter le personnel de la faculté, et possiblement ajouter du personnel para-dentaire (biochimistes ou autres). Pour l'Université de Montréal les deux prochaines années ont une grande importance puisque quatre professeurs de sa faculté de médecine dentaire devront prendre leur retraite et être remplacés.

d) LES PROGRAMMES DE SPECIALITE

Le rapport Kellogg estime que 7.4 spécialistes par 100,000 personnes est un rapport nettement suffisant pour répondre aux besoins des Etats-Unis. Au Québec, on assisterait à une évolution rapide du rapport du nombre de spécialistes en médecine dentaire par 100,000 habitants. Ce rapport serait passé de 3.2 en 1977 à 4.0 en 1980. Etant donné d'une part que les programmes américains s'ouvrent davantage à des étrangers, étant donné d'autre part le taux de croissance du rapport spécialiste/population, on peut se poser les questions suivantes:

a) Dans quelle mesure faut-il favoriser la formation des spécialistes québécois dans les universités américaines?

b) Ne risquons-nous pas d'avoir un surplus de spécialistes dans un proche avenir? dans une spécialité particulière?

c) Quelles sont les urgences à combler en ce qui concerne les spécialités?

A la première question, les autorités de l'Université de Montréal estiment que l'on peut certes compter sur les programmes américains pour former des spécialistes dont on a besoin à court terme, mais que ce serait une erreur de miser à long terme sur une telle formule. Le Québec deviendrait complètement dépendant des américains en ce domaine. De plus, il s'avère presque impossible de développer la recherche dans ces conditions et partant on se prive des retombées de cette recherche sur l'enseignement de premier cycle.

En ce qui concerne le surplus possible de spécialistes dans un domaine précis, on pourra l'éviter par une concertation inter-universitaire. Dans le contexte actuel, on convient qu'il est nécessaire que les universités se partagent les spécialités car leurs programmes de formation sont très coûteux. Mais à ce moment, on se prive dit-on de l'interfécondation des disciplines. Au niveau des ententes entre les universités, il vaut mieux se diriger vers un partage des spécialités que vers la dispensation de programmes conjoints dont la réalisation est toujours très difficile. Pour ce qui est du nombre de spécialistes en général, à l'Université de Montréal, 10 étudiants sur 80 ont demandé leur admission dans l'une ou l'autre des spécialités.

La première urgence dans le domaine de la médecine dentaire est de maintenir les programmes de spécialités qui sont actuellement en vigueur dans nos universités. Avant de penser à lancer de nouveaux programmes de spécialité, il faut consolider les programmes existants et assurer leur survie car ils sont présentement menacés par les contraintes budgétaires imposées aux universités. En second lieu, il apparaît aux représentants de l'Université de Montréal plus important de favoriser le développement de la résidence multidisciplinaire que de procéder au lancement de nouveaux programmes de spécialité.

L'université se montre particulièrement inquiète pour la relève du corps professoral en chirurgie dentaire. Elle se demande si les membres du comité ne pourraient pas formuler des recommandations dont le but serait d'aider financièrement l'université à assumer sa responsabilité dans ce domaine. L'un des membres du Comité demande si on a fait des demandes en ce sens au Conseil de recherche en santé du Québec. La réponse est négative.

5.2 Le témoignage du docteur Paul Simard

Le docteur Simard, professeur à l'Ecole de médecine dentaire de l'Université Laval, a préparé à l'intention du Comité un document circonstancié.

Une des principales observations qui se dégagent de l'expérience du docteur Simard, c'est que le généraliste en médecine dentaire réfère trop facilement, créant ainsi un besoin artificiel de spécialistes. La solution à ce problème ne résiderait-elle pas dans une meilleure préparation telle celle que pourrait procurer la résidence multidisciplinaire suggérée par le Rapport Kellogg?

En réponse à cette question, le docteur Simard fait valoir que c'est certes là une formule souhaitable. Cependant, il la juge difficile à réaliser. Au niveau des obstacles que rencontrerait l'implantation d'une telle année de résidence multidisciplinaire, il identifie les éléments suivants:

a) il a constaté que les étudiants, dans la majorité des cas, dès l'obtention du D.M.D., s'estiment suffisamment prêts à se livrer à la pratique générale. Ils ne voient donc pas la nécessité de poursuivre une résidence multidisciplinaire. Par contre, ceux qui

désirent effectuer cette résidence sont souvent ceux qui en ont le moins besoin et qui sont les mieux préparés à l'exercice de la profession;

b) la question des coûts supplémentaires qu'entraînerait la généralisation ou même seulement l'augmentation du nombre de postes de résidents constitue aussi un obstacle majeur. Surtout, si l'on considère la politique actuelle de restriction du nombre de postes de résidents préconisée par le MAS;

c) à ces obstacles, vient s'ajouter le fait que les établissements hospitaliers sont sous-équipés et manquent de locaux pour l'exercice de la médecine dentaire. On aurait alors de la difficulté à trouver des places pour des résidents en plus grand nombre.

Cet obstacle ne pourrait-il pas être contourné si, comme c'est le cas par exemple en comptabilité e.g. les C.A., on ménageait des stages dans des cabinets privés où exercent déjà en groupe plusieurs dentistes? Certes, une telle mesure pourrait favoriser l'accroissement du nombre de places de résidence. Mais même cette formule soulève de sérieux problèmes. Il faudrait que ces Centres privés soient bien équipés. Or, les investissements dans ce secteur sont dispendieux et ceux qui investiraient voudraient que ces installations soient rentables ou à tout le moins, rencontrent leurs frais. Il faudrait aussi songer à une formule de rémunération pour les médecins dentistes qui encadreraient les résidents. De plus, si,pour ce qui est d'une spécialité comme la périodontie, cela est possible, dans le cas de la chirurgie buccale et maxillo-faciale ce serait beaucoup plus difficile. Mais, en fin de compte, le principal

bénéfice de cette résidence provient du contact avec les autres spécialistes de l'équipe des soins et aussi de la grande diversité des cas que le résident doit traiter. Or, ces conditions se réalisent mieux en milieu hospitalier.

En résumé, mieux le généraliste sera préparé plus on évitera la pratique légère et moins on aura besoin de préparer de spécialistes. Cet exposé toutefois est élaboré en fonction de la pratique clinique et ces principes ne sauraient s'appliquer intégralement à la recherche. Il est évident que, pour une faculté, le fait de dispenser un enseignement de 2^{e} cycle et d'effectuer de la recherche exercent un impact positif sur la qualité de l'enseignement de 1er cycle.

On constate, en outre, que les spécialités dans le monde médical évoluent surtout en fonction de leur niveau de théorisation. Rapidement, les spécialités axées sur des technologies particulières perdent leur rang et leur raison d'être pour devenir de simples techniques. On remarque aussi l'importance des apports des autres sciences fondamentales sur le développement et la transformation des spécialités. En quelque sorte, une spécialité est plus ou moins stable selon qu'elle s'appuie plus ou moins sur les données fondamentales. Mais, s'il est exact que ce que fait aujourd'hui le spécialiste, demain le généraliste le fera, on doit craindre l'absence de programmes de recherche et de formation de spécialistes. A long terme, on risque d'assister à une dégradation de la pratique générale.

5.3 Rencontre avec trois finissants du 1er cycle en médecine dentaire

Le Comité reçoit:

MM. HEBERT, (Laval
MORELLI (McGill)
VARIN (Montréal)

C'est une vision impressionniste que feront valoir les trois étudiants invités auprès des membres du Comité qui tient surtout à s'enquérir des motifs qui amènent le finissant à choisir la résidence multidisciplinaire ou la spécialisation plutôt que la pratique immédiate.

A cette question, on répond qu'à Laval, la plupart des finissants ont hâte de se retrouver dans des bureaux privés où ils pratiqueront à 2 ou 3 débutants, ou encore ils s'associeront à des collègues déjà en pratique. Il y a cependant peu de diplômés intéressés à poursuivre au niveau de la résidence. Un seul finissant de Laval a choisi de se spécialiser cette année. Cette année, à l'université de Montréal on remarque que de moins en moins de finissants souhaitent pratiquer en solo. C'est autant l'insécurité clinique que la nécessité de répartir le poids financier de leur installation qui les amènent à se regrouper ou à oeuvrer avec des cliniciens d'expérience. Comme à Laval, peu de finissants s'orientent vers la résidence ou la spécialisation. On éprouverait même de la difficulté à recruter les 12 étudiants pour les 12 postes de résidence qu'octroie le MAS.

La situation semble inversée à McGill où on constate que de nombreux finissants choisissent de se spécialiser ou de s'inscrire à la résidence multidisciplinaire. On remarque aussi que ce sont généralement les plus forts qui choisissent de poursuivre leurs études.

Les 12 postes de résidents attribués par le MAS sont nettement insuffisants. Aussi, l'Université McGill et ses hôpitaux affiliés, ont créé 12 autres postes qu'ils financent eux-mêmes. Quelques finissants de McGill occuperont aussi des postes qui étaient attribués aux finissants de l'Université de Montréal.

On présume que cette différence dans l'orientation des finissants francophones et anglophones, plus qu'à une question de langue, tient sans doute à la philosophie du programme de l'Université McGill et de l'équipe des soins des hôpitaux anglophones. On remarque que le programme de résidence qui se déroule à Sherbrooke par son orientation s'apparente à celui du St-Mary's et qu'il exerce beaucoup d'attrait sur les finissants. On note aussi, parmi les facteurs pouvant influencer une telle décision, le désir pour le finissant de demeurer dans un grand centre urbain.

Pour ce qui est du nombre des spécialités elles-mêmes, du nombre de spécialistes, les étudiants n'ont pas de point de vue ferme à faire valoir. Ils constatent cependant qu'on a moins de spécialistes qu'en Ontario et que le problème en est surtout un de répartition géographique. Les étudiants constatent aussi le manque d'intérêt par rapport à la spécialité en hygiène dentaire publique laquelle leur apparaît indispensable. Ils se réjouissent cependant du succès que semblent connaître les campagnes d'éducation à l'hygiène dentaire et ils présument que l'état de santé générale de la population s'améliore.

5.4 Rencontre avec le docteur Jacques Dufour, directeur, Direction des professionnels du ministère des Affaires sociales.

Le docteur Dufour expose, en premier lieu, la situation en matière de résidence multidisciplinaire et la position actuelle du MAS. Antérieurement sous la juridiction de l'Ordre, la résidence, depuis 2 années relève de la juridiction des universités McGill et de Montréal. A ce dernier établissement, le programme est approuvé provisoirement. Les postes de résidents en médecine dentaire étaient intégrés à l'ensemble des postes de résidents en médecine, ceux-ci ont été réduits par le MAS. Ceux de médecine dentaire sont tombés de 34 à 24 postes. L'an dernier, on en avait accepté 12 pour l'Université McGill et 12 pour l'Université de Montréal. Cette dernière n'a toutefois pas pu combler tous ces postes. Pour la présente année, elles reçoivent encore chacune 12 postes de résident.

Le MAS s'est inquiété de l'utilisation qu'on faisait de la résidence et a constaté qu'une fois diplômés, plusieurs médecins dentistes allaient pratiquer à l'extérieur du Québec. De plus, il voudrait que cette résidence serve à préparer des médecins dentistes pour les catégories de la population qui en ont vraiment besoin, i.e. les handicapés, et pour oeuvrer soit dans les hôpitaux ou soit dans les CLSC. Le MAS a donc jugé nécessaire de mettre un cran d'arrêt et d'attendre que la situation soit réévaluée par le comité. Il ne faut donc pas voir dans la réduction actuelle des postes de résidents une prise de position du MAS qui serait définitive. Cependant, la nécessité

d'augmenter à nouveau le nombre de postes de résidence multidisciplinaire devra clairement être démontrée. Il faut bien voir les coûts qu'impliquent non seulement les investissements pour un fauteuil opératoire (environ 70 000 $) mais aussi pour la supervision par les médecins dentistes. A toutes fins utiles, il faudrait créer de nouvelles cliniques dentaires.

Il faut bien voir que l'un des problèmes cruciaux qu'on rencontre en médecine dentaire vient de ce qu'en général, son mode de pratique en cabinet privé, externe à l'hôpital, diffère de celui de la médecine. Le mode même de rémunération diffère grandement. En médecine, la plupart des interventions sont défrayées par la Régie. En médecine dentaire, outre les programmes couvrant les enfants de moins de 16 ans et les assistés sociaux, certains traitements, lorsque posés en milieu hospitalier, sont couverts par la Régie alors que s'ils sont effectués en cabinet privé, ils ne sont pas couverts.

Ainsi, l'extension des cliniques dentaires dans les hôpitaux et la multiplication des postes de résidents afin d'assurer une meilleure formation posent le problème de qui défraie quoi:

- Quelle sera la part du MEQ et de l'université?
- Quelle sera la part du MAS et de l'hôpital?
- Quelle sera la part de la Régie?
- Quelle sera la part du client?

Une réponse claire à ces questions s'impose si l'on veut adopter une solution réaliste.

Au niveau des spécialités, le problème le plus aigu que rencontre le MAS est celui de l'absence de certains spécialistes en prosthodontie - maxillo-faciale pour oeuvrer en milieu hospitalier. Le seul spécialiste pratiquant de ce type oeuvre à l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

Il y en a un second qui, lui, oeuvre en pratique privée. Pour mieux répondre à ces besoins, le MAS envisage la possibilité d'envoyer, avec bourses, deux dentistes se spécialiser à l'étranger pour revenir travailler en milieu hospitalier.

Le MAS ne reconnaît actuellement, pour fins de financement des résidents, que les trois programmes de spécialités suivants:

- chirurgie buccale et maxillo-faciale - 8 résidents
- pédodontie - 2 résidents
- orthodontie - 8 résidents

Le programme de prosthodontie de l'Université McGill est suspendu.

5.5 Rencontre avec le docteur Gilles Pelletier, directeur du Service dentaire à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec.

Dans son exposé, monsieur Pelletier souligne que le mandat dévolu par la loi de la Régie consiste à administrer les programmes que lui désignent le MAS. On a décrit plus avant, à la section 2, la liste de ces programmes. Pour ces programmes, la Régie ne joue le rôle que d'agent payeur et elle doit appliquer les règlements établis par le MAS et respecter les conventions et contrats que celui-ci passe avec les associations médicales.

La Régie possède un certain nombre de données relativement aux taux de pénétration de ces programmes. On a constaté que, dans certaines régions, soit à cause de l'ignorance ou des préjugés, on n'utilise pas assez ces programmes, en particulier celui qui s'adresse aux enfants de moins de 16 ans.

Pour ce qui est du problème de la rémunération des actes posés dans les cliniques universitaires et qui ne sont pas couverts par la Régie, monsieur Pelletier signale qu'il s'agit là d'une situation qui pourrait être corrigée. Toutefois, l'entente actuelle stipule que sont couverts seulement les actes posés par le dentiste lui-même. Pour ce qui est des résidents dans les hôpitaux, c'est le régime qui prévaut en médecine qui s'applique i.e. le patron est rémunéré pour l'acte que pose le résident. Mais, comme les actes qui sont exécutés dans les cliniques universitaires sont posés par des étudiants, s'il advenait des demandes de remboursement, le MAS serait tenté de prétexter qu'il s'agit d'activités de formation et que, partant, c'est au MEQ qu'il revient alors de défrayer ces coûts. On constate que les compagnies privées d'assurance adoptent la même politique et ne paient pas pour les actes posés dans les cliniques universitaires. Peut-être cette situation pourrait-elle être corrigée créant ainsi un service de revenus importants pour ces cliniques.

5.6 Rencontre avec les représentants de l'Ordre des dentistes du Québec

Le Comité rencontre les docteurs

- Jean-Guy LANDRY, président de l'Ordre
- Pierre-Yves LAMARCHE, directeur général de l'Ordre
- Charles-E. GOSSELIN, secrétaire de l'Ordre

Au nom de l'ordre des dentistes du Québec et de ses collègues, le docteur Lamrche souhaite la bienvenue aux membres du Comité d'études et souligne le désir entier qu'a l'Ordre de collaborer avec les travaux du Comité. Il souhaite que le document produit en réponse au questionnaire qu'on lui a adressé a été jugé satisfaisant. De plus, il souligne que, malheureusement, pour ce qui est des programmes de spécialités en médecine dentaire, la connaissance que l'Ordre en a n'est pas aussi complète qu'il le souhaiterait.

Monsieur Normandin informe les représentants de l'Ordre des rencontres tenues jusqu'à ce jour avec les universités Laval, de Montréal et McGill ainsi qu'avec un représentant du MAS. Après un rappel des divers points qui ont été soulevés lors de ces rencontres, il insiste sur l'intérêt qu'a suscité chez les membres du Comité la problématique élaborée dans le rapport Kellogg. L'attention a surtout été retenue par la recommandation visant à étendre l'année de résidence multidisciplinaire à environ 50% des nouveaux diplômés aux USA d'ici 1990. Cette recommandation semble d'autant plus devoir être soigneusement évaluée que le rapport Nuffield en Angleterre adopte une position sensiblement semblable.

Le Comité fait aussi valoir que les problèmes se posent d'abord en terme de perception des besoins de la population à l'égard

de la dispensation de soins spécialisés et des mesures à préconiser pour permettre de répondre de façon satisfaisante à ces besoins. Déjà, le Comité a constaté l'absence d'un nombre suffisant de spécialistes et même de généralistes dans les régions éloignées des principaux centres urbains en particulier Montréal. De plus, le Comité a été fortement sensibilisé aux difficultés que rencontrent les personnes handicapées à obtenir des soins appropriés à leur état.

Ce phénomène de la concentration des spécialistes dans la région montréalaise amène à souhaiter que l'on intensifie le développement des spécialités à l'université Laval. On souligne le caractère singulier de la situation qui fait que la région de Sherbrooke soit dotée de postes de résidence multidisciplinaire alors que l'université n'y a pas de faculté de médecine dentaire, tandis que la région de Québec n'en a pas malgré la présence de l'Ecole de médecine dentaire de Laval.

Il semblerait que d'ouvrir des postes de résidence dans diverses localités favoriserait la rétention des nouveaux diplômés dans ces localités et ainsi permettrait une meilleure répartition géographique de ceux-ci. L'année de résidence permet en particulier au nouveau dentiste de s'intégrer à un milieu hospitalier et, en même temps, d'explorer la possibilité soit de s'associer à d'autres dentistes du milieu ou soit d'y ouvrir son propre bureau. A cet égard, l'exemple du développement des services dentaires dans la région de Sherbrooke est révélateur.

Cependant, l'intérêt premier à développer la résidence multidisciplinaire, pour l'Ordre, réside surtout dans le fait qu'elle favorise une plus grande interrelation entre le dentiste et les autres partenaires de l'équipe médicale, surtout le médecin. Aussi favorise-t-elle une plus grande sensibilisation du nouveau dentiste avec les différents aspects de l'état de santé du patient. Donc, l'intégration du nouveau dentiste, pour une année, dans une équipe médicale en milieu hospitalier ne peut être que bénéfique. Si idéalement, on souhaiterait

que cette résidence soit obligatoire pour tous les nouveaux diplômés, en pratique, on estime qu'elle sera surtout utile pour ceux qui auront à exercer dans les régions éloignées des principaux centres urbains, là où il n'y a pas de spécialistes.

Quand l'Ordre, dans sa réponse au questionnaire du comité, soulevait l'hypothèse de la création d'un certificat de spécialiste en "médecine dentaire générale", il visait à rencontrer des objectifs semblables à ceux que poursuit la résidence multidisciplinaire. C'est fondamentalement les mêmes objectifs qui sont poursuivis. En outre, si l'Ordre préconise le développement d'un tel certificat se rapprochant du programme de spécialité en médecine familiale, ce n'est pas parce qu'il constate le caractère inadéquat de son programme de 1er cycle. Celui-ci, comme tous les programmes des facultés nord-américaines, fait l'objet des visites d'agrément, lesquelles évaluent chaque programme à la lumière de standards uniformes.

On estime toutefois que les jeunes dentistes ne sont pas surtout en début de carrière, vraiment préparés à dispenser certains soins complexes en raison des caractéristiques particulières de l'état de santé de certains patients. Ce constat ne va cependant pas à l'encontre du fait qu'on estime leur préparation supérieure, en raison des découvertes scientifiques et des développements technologiques, à celle qu'on dispensait il y a 10, 20 ou 30 ans en médecine dentaire.

En outre, toujours selon un des représentants de l'Ordre, on ne saurait conclure, à partir d'un plus grand nombre de plaintes qui seraient déposées auprès de l'Ordre au sujet des praticiens récemment diplômés, que leur préparation est insuffisante. Il semble même que, par la force des choses, le dentiste, au début de carrière, réfère au spécialiste les cas les plus compliqués mais que, avec le temps et l'expérience, il vienne à les traiter lui-même. Pour l'Ordre donc, il ne semble pas que l'on puisse vraiment plaider une insuffisance de préparation au 1er cycle pour recommander la généralisation ou une plus grande extension de la résidence multidisciplinaire.

Les membres du Comité s'enquièrent des normes pouvant déterminer les besoins en dentistes. Pour l'Ordre, il semble qu'on doive s'arrêter à celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui fixe à 1 par 2000 habitants le besoin en généralistes pour une population se situant en pays industrialisé. Au Québec, si le rythme de production actuel se poursuit (ou s'accroit) d'ici 5 ou 6 ans, on aura atteint cette norme. Il restera bien entendu à régler le problème de la répartition régionale. On ne possède toutefois pas de norme pour ce qui est du ratio spécialiste-habitants. Sans doute celle du Rapport Kellogg s'avère-t-elle assez juste soit, 7.4 par 100,000 h. Au Québec actuellement, on dénombre 3.6 spécialistes par 100,000 h.

Le président de l'Ordre avance, à titre d'opinion personnelle, que si, actuellement, il disposait de 100 nouveaux dentistes qu'il pourrait répartir selon sa volonté sur l'ensemble du territoire, il résoudrait en bonne partie le problème de l'accessibilité aux soins généraux.

De plus, le fait d'augmenter le niveau de formation des généralistes par une année de résidence multidisciplinaire devrait diminuer le besoin en nombre des spécialistes. Comme toutefois il s'agit d'un système global, l'amélioration du premier cycle et la supervision d'un plus grand nombre de résidents requéreront que l'on développe la recherche et que l'on ait plus de spécialistes pour l'encadrement.

L'Ordre remarque relativement au facteur linguistique que sur 226 spécialistes, 87 sont de langue anglaise soit près de 38.5%. Ceux-ci, comme presque l'ensemble des spécialistes, sont concentrés dans la région montréalaise. De plus, le ratio dentiste/population s'il se situe à 1/2000 h. pour la population anglophone, serait à 1/3400 h. pour la population francophone.

Bien qu'on ne puisse de façon linéaire affirmer que les généralistes et les spécialistes anglophones se consacrent uniquement à la population alglophone, et même allophone, les représentants de

l'Ordre n'en jugent pas moins que c'est surtout dans les deux facultés francophones qu'on devrait favoriser le développement des programmes de spécialités. Il faut joindre à cela le fait que les nouveaux diplômés francophones sont moins mobiles pour aller se spécialiser à l'extérieur du Québec en particulier aux USA, que les diplômés anglophones. On constate aussi que la résidence multidisciplinaire est surtout fréquentée en forte majorité par les anglophones.

Les représentants de l'Ordre font aussi valoir que, si la généralisation de la résidence multidisciplinaire avait pour effet de réduire la demande de soins dispensés généralement par des spécialistes, l'augmentation du nombre de généralistes peut aussi conduire au même résultat. En effet, le généraliste sera, devant la concurrence et la possibilité de réduction de sa clientèle, entraîné à offrir des soins que, jusqu'alors il référait aux spécialistes.

Enfin, on fait valoir que si l'on doit développer de nouveau programme de spécialités au Québec, on devrait examiner l'opportunité de la périodontie, de l'endodontie et de la pédodontie. Aussi afin de mieux identifier et définir les besoins de la population serait-il opportun de développer l'hygiène dentaire publique.

6. Argumentation du Comité

A la suite des nombreux éléments d'analyse recensés dans les sections précédentes, éléments qui, à certains égards peuvent sembler épars, il convient, avant de formuler ses recommandations, que le Comité effectue la synthèse des postulats et des principales observations qu'il retient et sur lesquels il entend s'appuyer. Si, concrètement, d'ici les 10 prochaines années, le Comité ne peut entrevoir qu'il s'effectuera des modifications majeures au niveau de l'organisation du système des soins il présume cependant que le Québec posera dans les meilleurs délais un certain nombre de gestes qui produiront éventuellement des effets bénéfiques sur l'état de santé dentaire des québécois.

En premier lieu, le Comité estime qu'on doit et qu'on peut modifier de façon significative l'état de santé

dentaire des québécois. Une amélioration en ce sens peut se réaliser à des coûts minimes et entraîner des bénéfices considérables. Il faut donc peser soigneusement un certain nombre de mesures à prendre et évaluer les divers aspects de la situation en santé dentaire.

6.1 La fluoration des eaux de consommation, telle que l'indiquent la plupart des études scientifiques sérieuses, réduit de façon considérable le niveau de carie. Cette mesure préventive s'impose si l'on songe que moins de 15 pourcent de la population québécoise bénéficie d'eau fluorée. Le dossier sur cette question est ouvert depuis longtemps et il appartient aux autorités responsables d'adopter les mesures qui s'imposent.

6.2 Depuis le 1er août 1982, le Ministère des affaires sociales a convenu que les services de prévention et d'hygiène buccale offerts par les cabinets privés pour les enfants de 0 à 11 ans ne seraient plus couverts par la RAMQ. Toutefois, il élargissait le rôle que doivent jouer les établissements publics en matière de prévention et d'hygiène dentaire. Ainsi, 190 postes d'hygiénistes dentaires sont déjà affectés aux 32 DSC et aux 118 CLSC. On compte de plus ajouter 100 nouveaux postes d'hygiénistes dentaires à ceux déjà existants. On adjoindrait aussi 10 postes de dentistes aux 30 postes déjà existants dans le réseau des établissements publics de santé. Par de telles mesures, bien qu'à des coûts moindres, on espère assurer une pénétration plus efficace des soins dentaires surtout en matière de prévention et en s'adressant de préférence à des groupes dans les écoles. On ignore toutefois l'impact et les effets des actes délégués à l'hygiéniste dentaire par rapport à la pratique générale. Pour ce qui est des enfants de 12 ans, à toutes fins utiles le programme tel qu'il existait demeure inchangé.

Pour les enfants de 13 à 15 ans inclusivement, si les services de prévention, de diagnostic et de chirurgie sont assurés -

pour la chirurgie en partie seulement - les services de restauration et d'endodontie, eux ne sont plus couverts. Certaines modifications mineures ont aussi été apportées pour les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi qu'au financement des services de chirurgie offerts en milieu hospitalier.

6.3 L'éducation et les écoles constituent sans contredit un moment et des lieux privilégiés qui permettent de faire germer de saines habitudes d'hygiène dentaire. La combinaison d'une action sérieuse de l'école en cette matière avec les campagnes qu'on y mène en vue d'améliorer et d'assainir les habitudes alimentaires devrait permettre une nette amélioration de l'état de santé dentaire des québécois.

6.4 Le vieillissement de la population et l'accroissement de la proportion de personnes âgées, malgré les progrès qu'on aura marqué auprès de la population plus jeune en terme de santé dentaire, entraînera d'autres types de problèmes et il y a lieu ainsi de présumer que la somme globale des soins requis en proportion ne diminuera pas. Seule une diminution significative de la population entraînerait une réduction de la somme des soins requis.

6.5 La demande de soins dentaires constitue un phénomène multifactoriel qui est influencé aussi bien par le statut social et le niveau d'éducation que par l'existence de programmes de couverture des soins, que ces programmes soient privés ou gouvernementaux. Par ailleurs, les progrès de la médecine buccale et l'amélioration de la condition dentaire et de la conservation des dents feront naître des besoins nouveaux et par conséquent influenceront cette demande. Face à une demande relativement stable, une croissance rapide du nombre des dentistes généralistes, une évolution marquée des technologies d'intervention et un possible élargissement du rôle de l'hygiéniste dentaire pourraient se traduire par une situation de surplus de main-d'oeuvre hautement qualifiée. Devant un tel surplus, les généralistes seraient incités à assumer un plus grand nombre d'actes, actes, qu'auparavant,

ils référaient aux spécialistes.

6.6 Hormis quelques spécialités très précises et qui apparaissent tout à fait indispensables, il est loin d'être assuré que les huit spécialités reconnues par les associations nord-américaines ont leur raison d'être. Déjà on envisage des regroupements ou des abolitions pures et simples. On parle actuellement d'un regroupement éventuel de l'orthodontie et de la pédodontie lequel semble le plus réalisable. C'est toutefois là l'objet d'une toute autre étude. Il y a cependant lieu de présumer que de telles modifications se produiront.

6.7 Le maintien des admissions à son niveau actuel (en tenant compte de l'inscription initialement prévue à Laval) se traduira par un net surplus de dentistes généralistes si on se réfère aux normes nord-américaines. Les membres du comité ne s'inquiètent pas d'un surplus modéré de généralistes mais, celui qui se dessine à long terme, laisse prévoir un surplus considérable et inacceptable dans une optique de rationalisation des programmes et des coûts qu'ils engendrent.

Dans certaines facultés universitaires dont celles de chirurgie dentaire, les conditions d'admission incitent les étudiants à cumuler les diplômes de premier cycle. Ce phénomène va s'amplifiant particulièrement en période de crise économique et se traduit par une augmentation des coûts de l'enseignement supérieur. Le surplus anticipé de main-d'oeuvre en chirurgie dentaire pourrait éventuellement amener une résorption de ce phénomène. Le comité croit que les facultés, pour le moment, devront harmoniser leurs conditions d'admission.

6.8 Il apparait illusoire d'espérer que toutes les régions du Québec puissent être dôtées de représentants de chacune

des spécialités. On peut toutefois encourager à y oeuvrer, des médecins dentistes ayant complété, en plus de leur formation initiale, une année de résidence multidisciplinaire. Cette formule permettrait de combler beaucoup des lacunes que l'on constate dans ces régions.

C'est une hypothèse à laquelle le Comité se range que le fait de promouvoir le déroulement des stages ou de l'année de résidence multidisciplinaire dans certaines régions périphériques en même temps qu'il sensibilise les jeunes dentistes aux besoins de ces milieux, les motive à s'y installer pour y oeuvrer.

6.9 Si le comité estime nécessaire qu'on rationalise les conditions d'admission entre les trois facultés concernées, il souhaite aussi voir s'établir une plus grande concordance entre les programmes similaires de ces facultés. Sans doute sera-t-il relativement simple de s'entendre sur la durée et le nombre de crédits du programme de 1er cycle et de l'harmoniser. La tâche toutefois sera plus complexe pour les programmes de spécialités qui ont fait l'objet de visites d'agrément et dont la différence pour une même spécialité peut s'étendre à une année.

6.10 Le comité juge nécessaire que le Québec favorise, à titre d'expérience-pilote, l'implantation de services dentaires dans quelques régions éloignées, notoirement mal desservies. Entre autres, des mesures comme l'investissement dans des équipements communautaires de santé déjà existants en milieu hospitalier pour les besoins de la formation en résidence multidisciplinaire pourraient constituer un incitatif valable au nouveau dentiste pour s'établir en région. De tels centres-pilotes peuvent avoir des impacts positifs aussi sur la pratique dentaire en général. Il y a tout lieu de croire qu'on favoriserait aussi grandement la rétention des nouveaux dentistes et des

nouveaux spécialistes si on accordait une attention aux lieux stratégiques où pourraient être situées de telles cliniques. Ainsi l'environnement hospitalier et médical et la possibilité d'échanger sur des problèmes à partir de bases de discussions scientifiques pourront s'avérer être des facteurs primordiaux d'installation et de rétention pour un nouveau dentiste. Le programme actuel de bourses de la RAMQ constitue certainement un début d'opérationalisation d'une telle politique.

7 - PROJETS DE RECOMMANDATIONS

7.1 Recommandation relative au contingentement des admissions en médecine dentaire

CONSIDERANT l'importance des coûts socio-économiques que requiert la formation en médecine dentaire et surtout le risque d'en venir à posséder un trop grand nombre de généralistes et de spécialistes eu égard aux besoins reconnus et diagnostiqués;

CONSIDERANT la possibilité d'un nouveau partage dans les actes que sont autorisés à poser les autres professionnels qui oeuvrent en santé dentaire, en particulier les hygiénistes dentaires et les denturologistes et, partant, la possibilité que soit allégée la tâche des dentistes généralistes;

CONSIDERANT le faible taux d'attrition des membres de l'Ordre des dentistes du Québec et l'augmentation rapide des membres de l'Ordre des dentistes du Québec en particulier depuis la création de l'Ecole de médecine dentaire de l'Université Laval;

CONSIDERANT que le Québec possède trois (3) facultés de médecine dentaire alors que pour une population plus nombreuse on n'en compte que deux (2) en Ontario et cinq (5) pour le reste du Canada;

CONSIDERANT que, eu égard au ratio dentistes/population généralement admis dans les pays industrialisés et en particulier dans les états voisins du Québec et compte tenu du rythme de production éventuel de nos trois facultés de médecine dentaire, le Québec connaîtra éventuellement un surplus élevé de dentistes;

CONSIDERANT qu'il n'y a toutefois pas lieu de s'inquiéter de l'existence d'un léger surplus de dentistes généralistes, lequel favoriserait même un meilleur accès;

Recommandation

Le Comité recommande

1° que, dans un premier temps, soit limité à 150 le nombre total des admissions en première année dans les facultés de médecine dentaire au Québec;

2° que le ministère de l'Education étudie l'opportunité de réduire davantage le nombre des candidats admis en première année de médecine dentaire dans les trois facultés concernées;

3° que le gouvernement adopte les mesures incitatives aptes à favoriser la pratique dentaire dans les régions périphériques et éloignées.

7.2 Recommandation relative à la rationalisation du 1er cycle et des programmes d'études avancées

CONSIDERANT que, tout au long de son étude, le Comité a constaté qu'il existe des écarts importants entre les programmes des universités en ce qui concerne leur poids en terme de crédit et leur longueur en terme d'années et les conséquences que de telles variations entraînent sur le financement;

CONSIDERANT que ces distorsions ont été constatées autant pour les programmes de 1er cycle que pour les programmes de spécialité;

CONSIDERANT que de telles pratiques peuvent entraîner des coûts différentiels importants et qu'il convient de réduire les écarts dans la durée des études pour ceux qui sont inscrits à des programmes similaires;

Recommandation

Que, dans les meilleurs délais, les représentants dûment mandatés des universités se rencontrent pour analyser et, s'il y a lieu, corriger les écarts qui ont été constatés entre les programmes de 1er cycle et les programmes de spécialités et qu'un rapport soit remis au Conseil des universités au terme de cette opération de rationalisation.

7.3 Recommandation relative à l'augmentation du nombre de postes de résidence multidisciplinaire

CONSIDERANT la nécessité d'assurer, surtout en région périphérique, une meilleure accessibilité aux soins dentaires pour certaines catégories de patients tels les handicapés physiques ou mentaux, les hémophiles, les cardiaques, etc;

CONSIDERANT le fait que le principal obstacle à l'accessibilité pour cet éventail de patients provient de ce que le dentiste généraliste ne se sent pas véritablement prêt à traiter ces patients présentant des pathologies complexes et préfère les référer à des centres hospitaliers où il existe des cliniques dentaires;

CONSIDERANT qu'une meilleure préparation en milieu hospitalier permettrait à une bonne partie des dentistes généralistes, surtout ceux qui oeuvreront en régions éloignées, de traiter un plus grand nombre de cas complexes;

CONSIDERANT que l'année de résidence multidisciplinaire, se déroulant surtout en milieu hospitalier, favorise le contact du futur praticien avec les autres agents de l'équipe médicale et, en raison de l'encadrement qu'il reçoit, le prépare à mieux assumer la responsabilité de traiter un patient en tenant compte des multiples aspects de sa santé;

CONSIDERANT que le fait de préparer en plus grand nombre des dentistes ayant complété une année de résidence multidisciplinaire dispense de devoir former un plus grand nombre de spécialistes;

CONSIDERANT QUE, la résidence multidisciplinaire permet à l'étudiant de s'impliquer dans des traitements plus complexes;

CONSIDERANT que la répartition de la population sur le territoire québécois fait qu'au deux-tiers celle-ci est urbaine et qu'environ le tiers se situe en régions éloignées des centres urbains;

Nonobstant les mesures restrictives appliquées ces dernières années aux postes de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire;

CONSIDERANT qu'aux U.S.A. la Commission Kellogg recommande que, vers l'année 1990, environ 50% des finissants en médecine dentaire puissent compléter une année de résidence multidisciplinaire.

Recommandation

Le Comité recommande

1° que d'ici 1990, le Québec tende lui aussi à généraliser l'année de résidence multidisciplinaire en particulier pour les dentistes qui oeuvreront en régions éloignées;

2o que l'on tende graduellement à former annuellement 50% des dentistes gradués par la résidence multidisciplinaire;

3° que soit levé progressivement le moratoire fixé à 24 postes pour les résidents en médecine dentaire;

4° qu'un projet opérationnel soit préparé par le ministère de l'Education afin d'ouvrir chaque année en moyenne 6 nouveaux postes de résidence multidisciplinaire jusqu'à concurrence de 50% du nombre de diplômés par année;

5° que les 6 prochains postes de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire soient créés dans la région de Québec sous la juridiction de l'Université Laval.

5° que les salaires des étudiants de l'année de résidence multidisciplinaire soient partiellement financés, dans la mesure du possible, à partir des sommes recueillies en vertu de l'application de la recommandation sept (7) telle que formulée ci-après.

7.4 Recommandation visant à assurer une répartition géographique plus équitable des ressources spécialisées

CONSIDERANT le sérieux problème que constitue la répartition inéquitable des spécialistes dans la province, eu égard aux objectifs déclarés d'accessibilité aux soins de santé;

CONSIDERANT que la présence sur le territoire, en périphérie, d'un plus grand nombre de généralistes ayant complété une résidence multidisciplinaire constitue un moyen de mieux rencontrer les objectifs d'accessibilité qu'on s'est fixé;

CONSIDERANT que, selon certains experts, l'internat dans des établissements de santé, situés en régions éloignées des centres, constitue grâce au contact avec la population et la sensibilisation aux divers aspects de sa santé, un des moyens de rétention les plus propices;

CONSIDERANT l'extension sur le territoire québécois de nombreux établissements hospitaliers majeurs à l'extérieur des grands centres urbains:

CONSIDERANT QUE, pour le patient, le fait de pouvoir être soigné dans son milieu et par le professionnel de la santé dentaire qu'il connaît l'allège de coûts financiers, physiques et psychologiques qui peuvent s'avérer très lourds;

Recommandation

Le Comité recommande que des mesures soient prises par les ministères de l'Education et des Affaires sociales afin d'étendre à certains établissements de santé situés en régions éloignées un plus grand nombre de cliniques dentaires permettant que la résidence multidisciplinaire puisse s'y dérouler en totalité ou en partie.

7.5 Recommandation sur la nécessité de limiter le développement de nouveaux programmes de spécialité au Québec

CONSIDERANT l'importance des liens qu'entretient le développement des programmes de spécialités en médecine dentaire au Québec avec le développement des études avancées en médecine dentaire aux Etats-Unis.

CONSIDERANT le rôle important qu'ont joué et que jouent encore les Etats-Unis dans la préparation des spécialistes québécois en médecine dentaire;

CONSIDERANT les coûts importants en terme de ressources humaines et physiques qu'entraîne l'implantation de tout nouveau programme de spécialité en médecine dentaire;

CONSIDERANT qu'on peut remettre en cause la nécessité d'exister de l'une ou de l'autre des huit spécialités dentaires ou qu'il est possible encore d'envisager la fusion de l'une ou de l'autre de ces spécialités;

CONSIDERANT que sur 8 spécialités les 3 universités québécoises impliquées offrent déjà 4 spécialités à savoir:

- chirurgie buccale (2 progr.)
- orthodontie (1 progr.)
- pédodontie (1 progr.)
- prosthodontie (1 progr.)

CONSIDERANT que, mise à part l'hygiène dentaire publique, la nécessité d'implanter un programme de spécialité qui ne serait pas déjà offert au Québec n'a pas été démontrée et que dans le cas de l'hygiène dentaire publique c'est beaucoup plus l'absence de recherches que le programme qu'on a déplorée.

CONSIDERANT que dans le cas de l'hygiène dentaire publique un programme de maîtrise favoriserait davantage les recherches qu'un programme de spécialité;

CONSIDERANT la possibilité de mettre en place des programmes conjoints et les ressources existantes en santé publique à l'université de Montréal et à l'Université McGill;

Recommandation

Le Comité recommande

1° qu'aucun nouveau programme de spécialité clinique ne soit implanté dans les universités québécoises dans les cinq (5) prochaines années;

2° que les universités veillent à renforcer leurs programmes de spécialités existants

- en implantant et en consolidant les activités de recherche;

- en favorisant l'échange ou le prêt de professeurs;

- et, le cas échéant, en recrutant et en diplômant en nombre suffisant les étudiants.

3° qu'entretemps, par un système de bourse adéquat, on favorise la formation à l'étranger des spécialistes pour combler des besoins immédiats du Québec en matière de santé dentaire;

4° que les universités de Montréal et McGill soient invitées à mettre sur pied un programme conjoint de maîtrise en hygiène dentaire publique pour une période de 5 années au terme de laquelle on réévaluera son opportunité en fonction des besoins;

5° que dans un premier temps, avant la fin même du présent moratoire, soient entreprises les études nécessaires visant à déterminer l'opportunité d'implanter de nouveaux programmes de spécialités.

7.6 Recommandation relative aux mesures à prendre afin de favoriser le développement de la recherche.

CONSIDERANT qu'il est de la mission de l'université de développer la recherche en même temps que l'enseignement;

CONSIDERANT, qu'en médecine dentaire comme dans les autres secteurs de la connaissance, les programmes d'études avancées conduisant à l'obtention soit de la maîtrise soit du certificat de spécialiste doivent reposer sur des recherches sérieuses et importantes;

CONSIDERANT l'unanimité des témoignages déplorant le faible développement de la recherche en médecine dentaire dans les trois universités concernées;

CONSIDERANT les sérieuses lacunes de nos recherches épidémiologiques sur la santé dentaire de la collectivité québécoise;

CONSIDERANT le bas niveau des subventions sollicitées et obtenues pour la recherche en médecine dentaire par les trois facultés québécoises auprès du Conseil des recherches médicales du Canada et le fait que, cet organisme, ainsi que le Fonds de recherche en santé du Québec qui constituent les principales sources de subventions pour la recherche en santé au Canada et au Québec et sont aussi les indicateurs les plus sûrs de la qualité des requérants;

CONSIDERANT la nécessité de veiller à corriger cette situation et d'améliorer la position comparative du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes et surtout à l'Ontario avec laquelle elle se compare davantage;

CONSIDERANT que le fait d'avoir trois facultés de médecine dentaire au Québec peut constituer un obstacle au développement de fortes équipes de chercheurs;

CONSIDERANT que la mise en place d'actions conjointes faisant appel au concours des professeurs des trois (3) facultés concernées et les réunissant peut s'avérer une mesure propice d'encourager le développement de la recherche et à rendre nos équipes de chercheurs concurrentielles avec celles des autres facultés canadiennes;

CONSIDERANT l'urgente nécessité de bonifier par la recherche non seulement nos programmes d'études avancées mais aussi ceux du 1er cycle;

Recommandation

Le Comité recommande aux trois (3) facultés de médecine dentaire, afin d'atteindre un niveau normal du développement de la recherche:

1° d'encourager chacun de leurs professeurs à temps plein, à consacrer une partie significative de ses activités à la recherche,

2° d'adopter des mesures spéciales telles l'engagement de chercheurs reconnus et la création d'équipes interdisciplinaires;

3° a) d'examiner la possibilité de se regrouper à l'intérieur d'un mécanisme qu'elles détermineraient afin de présenter auprès des principaux organismes subventionnaires (en particulier le Conseil des recherches médicales du Canada et le Fonds de recherches en santé du Québec) un ou quelques projets conjoints auxquels collaboreraient leurs chercheurs chevronnés en santé et qui les rendent concurrentiels aux équipes de chercheurs des autres universités canadiennes;

b) de se partager de façon complémentaire les principaux secteurs de recherche en médecine dentaire afin de ne pas dédoubler inutilement leurs ressources et leurs efforts;

4° de tenir annuellement, sous la responsabilité alternative de chacune des trois facultés un colloque où on établisse un bilan des projets en marche et des principales conclusions auxquelles on en arrive;

5° d'accorder une attention toute spéciale au thème de la santé dentaire des québécois.

7.7 Recommandation relative au financement des soins dentaires offerts dans les cliniques universitaires.

CONSIDERANT que les services de soins dentaires offerts dans les cliniques universitaires pour la formation des étudiants ne sont pas couverts par le régime d'assurance public et par les régimes privés;

CONSIDERANT que certains soins offerts dans le cadre des établissements hospitaliers et poursuivant les mêmes objectifs de soins aux patients pourraient ne pas être couverts par le régime d'assurance public et par les régimes privés;

CONSIDERANT que les soins offerts dans le cadre des programmes de formation rencontrent tous les objectifs des programmes de santé;

Recommandation

Le Comité recommande que les soins offerts pour la formation des étudiants, par les cliniques dentaires universitaires soient couverts, le cas échéant, par la Régie de l'assurance-maladie du Québec au même titre que les services couverts dans les établissements hispitaliers ou dans les cabinets privés et que les universités concernées entreprennent des démarches auprès de l'Association des compagnies d'assurances de la personne afin que ces soins soient couverts au même titre que s'ils étaient offerts en cabinet privé.

7.8 Recommandation relative à l'évaluation périodique des programmes en médecine dentaire

CONSIDERANT le rôle dévolu au Conseil des universités et à son Comité des programmes en matière d'évaluation des programmes nouveaux et existants;

CONSIDERANT l'examen périodique des programmes de 1er cycle en médecine dentaire ainsi que ceux de spécialités effectué à la demande des Facultés et de l'Ordre des dentistes du Québec par l'Association dentaire canadienne;

CONSIDERANT la position adoptée récemment par le Conseil des universités dans son Avis sur le Rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale, à l'effet "que, pour l'évaluation externe des programmes de spécialisation médicale, le ministre de l'Education veille à ce que le Conseil des universités participe activement aux visites d'agrément des facultés de médecine.";

Recommandation

Le Comité recommande au Conseil des universités de veiller à ce que les démarches nécessaires soient entreprises afin que dorénavant son Comité des programmes participe activement aux visites d'agrément des programmes de médecine dentaire et que, le cas échéant, un avis public soit rendu au ministre de l'Education sur ces évaluations.

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ A L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC PAR LE COMITÉ D'ÉTUDES DU CONSEIL DES UNIVERSITÉS

1. Identifiez les spécialités en médecine dentaire pratiquées au Québec et reconnues par votre Ordre.

2. Identifiez les programmes de formation préparant à l'exercice de ces spécialités et conduisant à l'obtention du certificat de spécialistes.

3. Identifiez les mécanismes d'approbation des programmes de spécialités en produisant, si possible, les protocoles d'évaluation et les critères utilisés.

4. Identifiez la dernière date d'approbation de ces programmes à la suite des visites d'agrément et, pour chacun de ces programmes, si possible, résumez les conclusions de ces évaluations.

5. Par spécialité, identifiez le nombre des membres inscrits à votre Ordre.

6. Par spécialité, et en tenant compte des 10 régions économiques du Québec, identifiez la répartition géographique des spécialistes.

7. Votre Ordre possède-t-il des analyses de besoins pouvant permettre de déterminer le type et le nombre de spécialistes qu'il faudrait former dans les prochaines années?

8. Quels sont les programmes de spécialités qu'il faudrait développer et quelles universités vous apparaissent les plus aptes à réaliser ces programmes?

9. Pouvez-vous établir un bilan du développement de la recherche en médecine dentaire au Québec?

10. Dans la formation des spécialistes en médecine dentaire, quels liens doivent exister avec les programmes de spécialités en médecine?

11. Veuillez, s'il-vous-plaît, apporter tout commentaire ou suggestions qui vous apparaissent appropriés à la réalisation du mandat du comité.

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX UNIVERSITÉS LAVAL, McGILL ET DE MONTRÉAL PAR LE COMITÉ D'ÉTUDE SUR LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

1- Les programmes

1.1 Identifiez les programmes offerts par votre université en médecine dentaire ainsi que les grades ou les titres auxquels ils conduisent:

- au 1er cycle (incluant l'internat);
- aux 2^{e} et 3^{e} cycles;
- de spécialités.

Veuillez indiquer le nombre de crédits de ces programmes et la durée normale des études.

1.2 Pour les programmes de 2^{e} et de 3^{e} cycles ainsi que pour les programmes de spécialités, identifiez les cours offerts et les autres activités.

1.3 Identifiez les établissements hospitaliers ou autres associés à la réalisation des programmes d'internat de 2^{e} et 3^{e} cycles et de spécialités et déterminez la partie des programmes qui se déroulent dans ces établissements.

1.4 Identifiez les programmes de spécialités offerts par votre établissement et approuvés par l'Ordre des dentistes du Québec et reproduisez les recommandations auxquelles ont donné lieu les dernières visites d'agrément de ces programmes.

2- Les professeurs

2.1 Par programme, tels qu'établis en 1.1, identifiez les professeurs associés à la réalisation de ces programmes en indiquant leur titre académique et en précisant leur statut dans l'université;

2.2 Depuis les 5 dernières années, identifiez les professeurs qui effectuent des recherches. Identifiez les thèmes de ces recherches, le montant des subventions obtenues ainsi que les sources de ces subventions. Précisez les lieux où s'effectuent ces recherches et le nombre d'étudiants associés à la réalisation de ces recherches.

3- Les étudiants

3.1 Par programme, tels qu'identifiés en 1.1, veuillez indiquer, depuis l'année 1974-1975, le nombre d'étudiants inscrits et le nombre de diplômés annuellement;

3.2 Pour les mêmes années, veuillez indiquer les titres des thèses effectuées par les étudiants inscrits à des programmes d'études graduées en identifiant les professeurs qui supervisent.

4- Projets de développement

4.1 Eu égard aux besoins prévisibles de spécialistes en médecine dentaire au Québec, faites état des projets de développement de programmes d'enseignement et de recherche pour les 5 prochaines années et établissez les ressources humaines, physiques et financières nécessaires à leur réalisation.

4.2 Faites état plus particulièrement des principaux projets de développement de la recherche.

5- Commentaires et suggestions

5.1 Si vous le jugez à propos, commentez l'un ou l'autre des problèmes qui se posent face à la formation des spécialistes en médecine dentaire;

5.2 Si vous le jugez à propos, formulez les suggestions nécessaires afin que le comité réalise son mandat en tenant bien compte de vos préoccupations.

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ASSOCIATIONS DES SPÉCIALISTES EN MÉDECINE DENTAIRE PAR LE COMITÉ D'ÉTUDES DU CONSEIL DES UNIVERSITÉS

1. Identifiez le nombre de spécialistes que regroupent votre association.

2. Vous est-il possible d'indiquer, en pourcentage,
   - les lieux où ils ont acquis leur doctorat en médecine dentaire:

     - Québec
     - Canada
     - USA
     - Autres.

   - les lieux où ils ont complété leur spécialisation:

     - Québec
     - Canada
     - USA
     - Autres.

3. Vous est-il possible d'indiquer les principales caractéristiques de leur pratique professionnelle?

   - en cabinet privé
   - en milieu hospitalier
   - enseignement universitaire.

4. Vous est-il possible d'indiquer leur répartition géographique au Québec?

   -

5. En regard des besoins de la population, à combien estimez-vous le nombre nécessaire de spécialistes?

6. Comment envisagez-vous le développement de la formation en votre spécialité dans les universités du Québec?

7. Pensez-vous établir un bilan du développement de la recherche dans votre spécialité au Québec?

8. Quelles sont les principales activités de recyclage et de perfectionnement mises en place par votre association professionnelle et quelle part les universités prennent-elles à la réalisation de ces activités?

9. Eu égard, au mandat du Ministre de l'Education, avez-vous des commentaires et des suggestions à formuler au comité afin qu'il réalise mieux son étude.

ANNEXE II

EXTRAIT DU PROJET DE REGLEMENT DEFINISSANT LES CLASSES DE SPECIALITES AU SEIN L'ORDRE DES DENTISTES DU QUEBEC

Section 2: SPECIALITES RECONNUES

2.01 La Corporation reconnaît les spécialités suivantes:

a) La chirurgie buccale et maxillo-faciale
b) L'endodontie
c) L'hygiène dentaire publique
d) La médecine buccale
e) L'orthodontie
f) La pédodontie
g) La périodontie
h) La prosthodontie

Section 3: DEFINITIONS DES SPECIALITES RECONNUES PAR LA CORPORATION

3.01 Dans le présent règlement, on entend par:

a) "Chirurgie buccale et maxillo-faciale"	La spécialité de la médecine dentaire qui établit le diagnostic, le traitement et la correction chirurgicale de toute maladie, blessure, malformation ou déficience de la cavité buccale et du complexe maxillo-facial.
b) "Endodontie"	La spécialité de la médecine dentaire qui s'occupe de l'étiologie, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et les traumatismes affectant la pulpe et les tissus périapicaux.

c) "Hygiène dentaire publique"

La science et l'art de prévenir et de contrôler les maladies dentaires et de promouvoir l'hygiène dentaire par des mesures communautaires concertées. C'est cette forme d'exercice dentaire qui a comme patient, non un individu, mais la collectivité. Elle s'occupe de l'éducation du public en matière d'hygiène dentaire, par le truchement de recherches et l'application des données de ces recherches, et de l'administration de programmes de soins dentaires à des collectivités et de la prévention et du contrôle des affections dentaires sur une base communautaire.

d) "Médecine buccale"

La spécialité de la médecine dentaire qui se préoccupe particulièrement du diagnostic et du traitement non chirurgical des maladies primaires de la cavité buccale et des manifestations buccales des maladies constitutionnelles.

Elle comprend trois domaines de concentration:
- le diagnostic
- la pathologie
- la radiologie

e) "Orthodontie"

La spécialité de la médecine dentaire qui a trait à la surveillance et à la correction des structures dentofaciales pendant et après la croissance. Elle inclut les situations requérant le déplacement des dents et la correction des mauvaises relations et malformations de leurs structures adjacentes. Elle implique le diagnostic, la prévention, l'in-

terception et le traitement de toutes formes de malocclusions dentaires et la correction des structures environnantes. Elle inclut le dessin, l'application et le contrôle d'appareil correctif et fonctionnel. Elle s'occupe aussi de guider la dentition et leurs structures de support pour obtenir et maintenir des relations occlusales en harmonie esthétique et physiologique avec les structures faciales et crâniennes.

f) "Pédodontie"

La spécialité de la médecine dentaire concernée par le diagnostic, la prévention et le traitement des anomalies, des maladies et des accidents buccaux-dentaires chez les enfants de la naissance à l'adolescence. Ses responsabilités principales consistent à guider l'enfant et ses parents dans l'obtention d'une bonne santé buccale pour l'enfant. Elle implique la reconnaissance du besoin de consultation avec le praticien général et autres spécialistes aux traitements nécessaires à l'obtention d'une occlusion acceptable esthétiquement et fonctionnellement. Elle doit porter une attention particulière aux patients de troubles émotifs, physiques et mentaux même après l'adolescence.

g) "Périodontie"

La spécialite de la médecine dentaire qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des problèmes d'occlusion dentaire et des maladies qui affectent les tissus de soutien de la dent.

h) "Prosthodontie"

La spécialité de la médecine dentaire qui s'occupe de la restauration des dents naturelles et du remplacement des dents et des tissus adjacents par des substituts artificiels dans le but de restaurer et maintenir la fonction orale, la santé, le confort et l'apparence.

La prosthodontie compte trois domaines de concentration:

- la prosthodontie amovible
- la prosthodontie fixe
- la prosthodontie maxillo-faciale.

ANNEXE III

Annexe III

le 2 mars 1982

M. André Noël
Conseil des Universités du Québec
8ième étage
2700, boulevard Laurier
Ste-Foy, Québec G1V 2L8

Cher Monsieur Noël,

Vous trouverez sous pli les renseignements requis au sujet de l'aide financière fournit par le Conseil aux écoles canadiennes dentaires pour la période de 1974-75 à 1980-81. L'information est divisée selon le programme et l'université.

Aussi, vous aviez demandé le nombre de Bourses de recherche accordeés aux diplômés en médecine dentaire afin d'intreprendue une formation en recherche aux Etats-Unis. Les données sont comme suit:

Année	Nombre de Bourses de recherche
1974-75	3
1975-76	2
1976-77	2
1977-78	1
1978-79	1
1979-80	0
1980-81	0

Si vous désirez demander aucune question au sujet de ces renseignements ou des donnies supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Votre bien dévoué,

T.R. Mason

Thomas R. Mason
L'Analyste des Programmes

P.J.

Ottawa, Canada
K1A 0W9

Support provided by the Medical Research Council of Canada to Canadian dental schools from 1974-75 to 1980-81 (in dollars)

MRC Program	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
1. Faculty of Dentistry, University of Alberta							
Operating Grants	91,211	76,770	96,168	101,480	130,987	166,086	142,398
Major Equipment Grants	-	-	-	5,500	72,000	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Development Grants	19,766	4,988	-	-	-	-	-
Scholarships	-	-	14,202	18,820	21,579	25,322	28,741
Visiting Scientists	-	14,852	-	-	-	-	-
Fellowships	16,519	13,710	11,000	3,500	-	11,750	41,842
Summer Scholarships	6,000	6,000	-	7,500	10,000	10,000	10,000
Visiting Professorships	450	586	651	-	500	-	-
Travel Grants	-	-	-	331	-	360	-
Sub-total (Alberta)	141,946	124,906	132,021	147,131	245,066	223,518	232,981
2. Faculty of Dentistry, University of British Columbia							
Operating Grants	99,533	117,814	123,096	172,675	160,544	165,232	204,647
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Development Grants	-	-	-	-	-	72,920	56,100
Career Investigators	27,987	31,590	34,441	36,804	39,139	43,364	49,882
Scholarships	-	12,145	22,264	24,159	25,968	30,281	13,668
Visiting Scientists	-	-	-	-	7,630	-	-
Summer Scholarships	4,800	4,800	-	6,000	8,000	8,000	8,000
Visiting Professorships	535	322	661	1,585	963	449	974
Travel Grants	-	-	442	-	-	-	-
Sub-total (British Columbia)	140,855	174,671	190,904	251,223	252,244	330,246	343,271
3. Faculty of Dentistry, Dalhousie University							
Operating Grants	-	-	-	-	5,200	18,000	20,500
Major Equipment Grants	-	-	51,000	-	-	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Summer Scholarships	3,600	4,500	-	4,500	6,000	6,000	6,000
Visiting Professorships	-	594	458	1,021	1,720	-	530
Sub-total (Dalhousie)	11,600	13,094	61,458	15,521	22,920	34,000	37,030

NRC Program	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
4. Ecole de médecine dentaire, Université Laval							
Operating Grants	-	-	-	-	27,100	19,879	31,500
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Summer Scholarships	2,400	3,000	-	3,000	4,000	4,000	4,000
Visiting Professorships	-	-	-	-	469	-	-
Sub-total (Laval)	10,400	11,000	10,000	13,000	41,569	33,879	45,500
5. Faculty of Dentistry, University of Manitoba							
Operating Grants	102,371	154,674	151,411	175,127	233,697	241,669	227,545
Major Equipment Grants	18,399	-	18,500	-	-	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Development Grants	45,652	27,406	34,854	-	-	-	49,000
Career Investigators	25,195	28,527	31,154	33,425	38,458	41,634	43,238
Scholarships	-	15,644	18,503	19,967	22,185	25,133	10,365
Fellowships	13,412	23,750	6,600	-	-	-	-
Summer Scholarships	3,600	4,500	-	4,500	6,000	6,000	6,000
Visiting Professorships	471	-	835	-	500	946	-
Travel Grants	-	-	-	182	226	232	-
Sub-total (Manitoba)	217,100	262,501	271,857	243,201	311,066	325,614	346,148
6. Faculty of Dentistry, McGill University							
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Scholarships	20,638	23,537	-	-	-	-	-
Summer Scholarships	4,800	4,800	-	6,000	8,000	8,000	8,000
Visiting Professorships	-	455	756	-	-	-	359
Sub-total (McGill)	33,438	36,792	10,756	16,000	18,000	18,000	18,359
7. Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal							
Operating Grants	19,900	47,500	46,100	7,150	-	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Scholarships	18,679	21,672	24,080	6,160	-	-	-
Fellowships	-	-	-	-	-	5,500	-
Summer Scholarships	10,800	10,800	-	13,500	18,000	18,000	18,000
Visiting Professorships	-	-	1,242	-	460	470	1,116
Sub-total (Montréal)	57,379	87,972	81,422	36,810	28,460	33,970	29,116

MRC Program	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
8. College of Dentistry, University of Saskatchewan							
Operating Grants	10,250	6,832	-	-	-	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Summer Scholarships	2,400	3,000	-	3,000	4,000	4,000	4,000
Visiting Professorships	-	526	-	288	444	359	1,031
Sub-total (Saskatchewan)	20,650	18,358	10,000	13,288	14,444	14,359	15,031
9. Faculty of Dentistry, University of Toronto							
Operating Grants	133,810	158,151	161,254	208,202	184,859	272,134	436,922
Major Equipment Grants	-	-	-	15,000	-	-	-
General Research Grants	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	10,000	10,000
Groups	437,193	313,712	407,719	450,245	476,331	531,416	597,535
Scholarships	-	-	17,814	22,818	25,165	27,110	30,261
Visiting Scientists	-	-	-	-	-	16,628	-
Fellowships	36,812	23,000	3,500	14,750	8,167	-	30,400
Dental Training Grant	64,780	77,134	57,095	59,833	60,250	66,958	77,633
Summer Scholarships	15,600	15,600	-	19,500	26,000	26,000	26,000
Visiting Professorships	466	176	674	297	-	515	-
Travel Grants	-	-	172	1,328	-	-	52
Sub-total (Toronto)	696,661	595,773	656,228	799,973	788,772	950,761	1,208,803
10. Faculty of Dentistry, University of Western Ontario							
General Research Grants	8,000	8,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Development Grants	-	41,551	51,138	53,064	40,545	38,864	9,940
Summer Scholarships	6,000	6,000	-	7,500	10,000	10,000	10,000
Visiting Professorships	215	372	695	-	497	779	577
Sub-total (Western Ontario)	14,215	55,923	61,833	70,564	61,042	59,643	30,517
11. Total (all Canadian dental schools)	1,344,244	1,380,990	1,486,479	1,606,711	1,783,583	2,023,990	2,306,756

1 March 1982
TRM

ANNEXE IV

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Annexe IV

Le 15 juin 1981

Monsieur Michel Normandin
Président
Conseil de la politique scientifique
1275 ouest, boulevard Charest
Québec
(Québec)
G1N 2C9

Monsieur le président,

Il me fait plaisir de vous présenter un document succinct répondant, je l'espère, aux deux désirs des membres du comité, énoncés lors de votre réunion du 20 mai à l'hôpital.

Nous vous assurons de notre entière collaboration si vous le jugez opportun.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mes bons sentiments.

Le chef du Service des Affaires dentaires

Gilles Pelletier, d.d.s., d.h.p.
GP/mh

c.c. Monsieur André Noel

REÇU
JUIN 17 1981
CONSEIL DES
UNIVERSITÉS

LES SERVICES DENTAIRES

La participation

De 1976 à 1978, les filles ont participé davantage au programme de services dentaires que les garçons, tout en recevant un plus grand nombre de services. A cet égard, en moyenne, le taux de participation et le nombre de services par participant sont de 41,6 % et de 10,0, services chez les garçons.

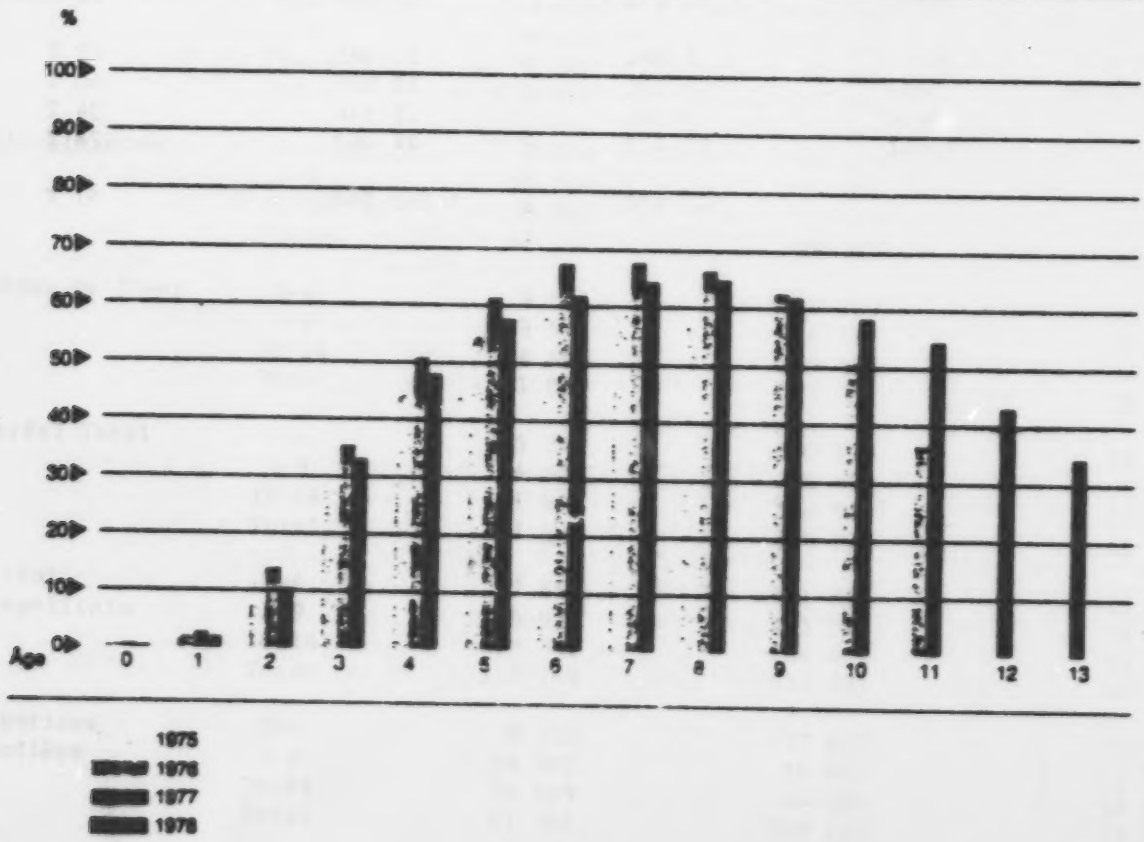
En 1978 l'effet du désengagement et de la non-participation des dentistes sur la participation des enfants au programme de services dentaires varie en fonction inverse de leur âge (les enfants de six (6) ans constituant la seule exception). Notons en particulier que les plus fortes baisses de participation se remarquent chez les enfants de moins de trois (3) ans, soit 40,4 % chez les enfants de moins de un (1) an, 29,3 % chez les enfants de un (1) an et 26,2 % chez les enfants de deux (2) ans, et que les seules hausses ont été enregistrées chez les enfants de dix (10) ans (14,9 %) et de onze (11) ans (49,0 %).

Le nombre de participants au programme de services dentaires a augmenté de 29,6 % en 1979. Toutefois ce pourcentage ne réflète pas exactement l'augmentation de la participation car le nombre de participants en 1979 comprend les enfants de quatorze (14) ans qui n'étaient pas admissibles au programme en 1978. Donc si l'on ne tient compte que des participants qui avaient moins de quatorze (14) ans le 1er juillet de chacune des années retenues, le nombre de participants est passé de 561 750 en 1978 à 666 281 en 1979 (18,6 %).

REGION	AGE	PARTICIPANTS	BENEFICIAIRES ADMISSIBLES	TAUX PARTICIPANTS
Bas St-Laurent	0-4	3 849	17 685	22 %
Gaspésie	5-9	10 438	14 745	71 %
	10-14	11 989	18 465	65 %
	Total	26 726	50 895	53 %
Saguenay	0-4	4 724	24 015	20 %
Lac St-Jean	5-9	12 379	20 345	61 %
	10-14	12 379	24 584	50 %
	Total	29 482	68 944	43 %
Québec	0-4	18 943	79 308	24 %
	5-9	50 624	71 403	71 %
	10-14	50 691	82 843	61 %
	Total	119 627	233 554	51 %
Trois-Rivières	0-4	7 066	29 633	24 %
	5-9	19 389	25 854	75 %
	10-14	20 882	33 038	63 %
	Total	47 337	88 525	53 %
Cantons de l'est	0-4	3 661	19 017	19 %
	5-9	12 941	16 597	78 %
	10-14	14 448	19 437	74 %
	Total	31 050	55 051	56 %
Montréal Total	0-4	55 241	300 433	18 %
	5-9	174 501	268 452	65 %
	10-14	181 936	320 027	57 %
	Total	411 678	888 912	46 %
Montréal	0-4	27 652	181 836	15 %
Métropolitain	5-9	90 975	155 583	58 %
	10-14	98 542	184 472	53 %
	Total	217 169	521 891	42 %
Laurentides	0-4	8 934	37 615	24 %
Lanaudière	5-9	26 492	36 643	72 %
	10-14	25 939	44 885	58 %
	Total	61 365	119 143	52 %
Sud de Montréal	0-4	18 655	80 982	23 %
	5-9	57 034	76 226	75 %
	10-14	57 455	90 670	63 %
	Total	133 144	247 878	54 %

REGION	AGE	PARTICIPANTS	BENEFICIAIRES ADMISSIBLES	TAUX PARTICIPANTS
Outaouais	0-4	3 683	23 257	16 %
	5-9	13 216	18 464	72 %
	10-14	13 492	23 293	58 %
	Total	30 391	65 014	47 %
Nord-Ouest	0-4	2 828	14 077	20 %
	5-9	7 830	10 944	72 %
	10-14	8 212	12 985	63 %
	Total	18 870	38 006	50 %
Côte-Nord & Nouveau Québec	0-4	1 894	15 885	12 %
	5-9	5 231	13 008	40 %
	10-14	5 345	15 574	34 %
	Total	12 470	44 467	28 %
		727 631	1 263 368	51 %

Taux de participation au programme de services dentaires selon l'âge des bénéficiaires, Québec, 1975 à 1978.



LES BOURSES D'ETUDE ET LES BOURSES DE RECHERCHE

MEDECINE DENTAIRE

Les bourses d'étude constituent un moyen de parer au manque d'effectifs dentaires dans certaines régions du Québec. En effet, les boursiers s'engagent à exercer leur profession, à la fin de leurs études, dans une région déterminée conjointement par le ministre et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pendant une période variant en fonction de la catégorie ou du nombre de bourses reçues, ou des deux.

Il y a quatre (4) catégories de bourses. La bourse de catégorie A constitue en une allocation de 15 000 $ versé à l'étudiant qui doit obtenir dans l'année son permis d'exercice de la médecine dentaire et qui n'a pas reçu de bourse d'une autre catégorie. Les bourses de catégories B,C et D, qui consistent en une allocation annuelle de 6 000 $, sont octroyées à des étudiants inscrits à la faculté de médecine dentaire d'une université, respectivement dans l'année d'obtention du diplôme de médecine dentaire, dans l'année précédant l'année d'obtention du diplôme de médecine dentaire, et finalement dans la deuxième année précédant l'année d'obtention du diplôme de médecine dentaire. Les bourses ne sont pas automatiquement renouvelables et doivent faire l'objet d'une nouvelle demande chaque année. Elles sont payées par la Régie en deux (2) versements égaux en septembre et en janvier de l'année universitaire en cour. Le boursier de catégorie A s'engage à fournir pendant trois (3) ans des services assurés dans un territoire déterminé, en qualité de professionnel soumis à une entente, ou à remettre le montant de la bourse et les intérêts dans un délai fixé. Les boursiers de catégories B, C et D s'engagent à fournir des services assurés dans des territoires déterminés, en qualité de professionnels soumis à une entente, et pendant un nombre d'années égal au nombre de bourses qu'ils ont reçues, ou à remettre le montant des bourses et les intérêts.

Pendant l'année universitaire 1980-81, onze (11) bourses ont été payées à onze (11) étudiants. Le montant total des bourses s'élève à 66 000 $, soit 6 000 $ par étudiant. Parmi les boursiers neuf (9) sont de l'Université de Montréal et deux (2) de l'Université Laval.

Les bourses de recherche sont constituées d'une allocation annuelle qui doit servir à la création et au maintien d'un poste de chercheur. C'est le Conseil de la recherche en santé du Québec qui fournit au ministre des Affaires sociales la liste des candidats admissibles qu'il recommande pour ces bourses annuelles. Celles-ci sont payées par la Régie en quatre (4) versements égaux, au début de chaque trimestre. Le montant maximum payable en bourses de recherche pour chaque exercice financier est égal à 0,2 % de la rémunération totale versée aux professionnels de la santé pendant l'exercice précédent.

Aucune bourse de recherche n'a été, à ce jour, accordée en médecine dentaire.

Fourni par le Dr. Pelletier, RAMQ.
Lettre du 15 juin 1981.

Chapitre R-6

LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

CHAPITRE I

CONSTITUTION ET ORGANISATION DE LA RÉGIE

1978, c. 70, a. 1.

Nom.

1. Un organisme, ci-après appelé « la Régie » est institué sous le nom, en français, de « Régie de l'assurance-maladie du Québec ».

1969, c. 53, a. 1; 1977, c. 5, a. 14; 1977, c. R-5, a. 1.

Fonctions de la Régie.

2. La Régie a pour fonctions:

a) de payer aux professionnels de la santé la rémunération prévue aux ententes conclues entre le ministre des Affaires sociales et les organismes représentatifs des diverses catégories de professionnels de la santé;

b) d'administrer et d'assumer le coût de tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie;

c) d'organiser et gérer les activités de recherche opérationnelle et d'évaluation nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des autres régimes qui lui sont confiés;

d) de publier, sous réserve des articles 63 à 69 de la Loi de l'assurance-maladie et des dispositions analogues des lois régissant les régimes qu'elle est chargée d'administrer, toutes les informations pertinentes à:

i. ses activités de gestion, de recherches opérationnelles et d'évaluation;

ii. la nature, la fréquence, la provenance, la destination, la distribution ainsi que le coût des services assurés qu'elle a payés; et

iii. la rémunération totale et moyenne des professionnels de la santé, par catégories et spécialités, par régions, ainsi que par types d'actes;

e) d'informer le public des possibilités d'accès à tous les services qu'elle est habilitée à payer et des conditions à remplir pour y avoir accès;

f) sous réserve des articles 63 et 64 de la Loi de l'assurance-maladie, d'informer les personnes qui ont bénéficié des services de santé du nom du professionnel de la santé qui leur a fourni chaque prestation de services assurés, des dates auxquelles ils ont été fournis, du montant payé par la Régie pour chaque prestation de services et de la somme totale ainsi payée pour ces services pendant tel exercice;

g) d'établir et tenir à jour, aux fins de la Loi de l'assurance-maladie, un fichier des professionnels de la santé, et, sous réserve de l'interdiction de révéler visée à l'article 63 de la Loi de l'assurance-maladie, lequel s'applique *mutatis mutandis*, d'en faciliter l'accès au ministre des affaires sociales ou à son représentant autorisé pour les fins de l'application de la Loi de l'assurance-maladie, de la Loi de l'assurance-hospitalisation et de toute autre loi dont l'application relève du ministre.

Fonction.

La Régie a aussi pour fonction d'appliquer le régime d'assurance-maladie institué par la Loi de l'assurance-maladie (chapitre A-29).

Coût des rémunérations.

Elle doit également assumer, conformément aux règlements adoptés à cette fin par le gouvernement le coût des rémunérations qui sont payables par le gouvernement, ses ministères ou organismes aux professionnels de la santé, en vertu de toute loi du Québec autre que la Loi de l'assurance-maladie, et qui sont déterminées par lesdits règlements.

Recouvrement du coût des services.

La Régie récupère du ministère des affaires sociales le coût des services et médicaments qu'elle a assumé en vertu du troisième alinéa de l'article 3 de la Loi de l'assurance-maladie pour le compte de toute personne qui a droit à l'aide sociale conformément à la Loi de l'aide sociale (chapitre A-16), ainsi que les frais d'administration correspondants, déduction faite des sommes récupérées en vertu de l'article 18 de ladite loi.

Récupération du coût des services.

La Régie récupère également du ministère des affaires sociales le coût des services, des prothèses, des appareils orthopédiques, des dispositifs ou autres équipements qu'elle a assumé en vertu du paragraphe *c* du premier alinéa et des deuxième et cinquième alinéas de l'article 3 de la Loi de l'assurance-maladie (chapitre A-29) à l'égard de chaque personne qui a droit à l'aide sociale conformément à la Loi de l'aide sociale (chapitre A-16) et qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71.1 de la Loi de l'assurance-maladie, ainsi que les frais d'administration correspondants, déduction faite des sommes récupérées en vertu de l'article 18 de ladite loi.

1969, c. 53, a. 2; 1970, c. 37, a. 81; 1970, c. 42, a. 17; 1971, c. 47, a. 17; 1973, c. 30, a. 15; 1974, c. 40 a. 20; 1977, c. R-5, a. 2; 1979, c.1, a. 56.

Pouvoirs.

3. La Régie est une corporation au sens du Code civil et elle est investie des pouvoirs généraux d'une telle corporation et des pouvoirs particuliers que la présente loi lui confère.

Mandataire du gouvernement.

4. La Régie jouit des droits et privilèges d'un mandataire du gouvernement.

Biens.

Les biens meubles et immeubles en possession de la Régie font partie du domaine public, mais l'exécution des obligations de la Régie peut être poursivie sur ces biens.

Responsabilité.

5. La Régie n'engage qu'elle-même lorsqu'elle agit en son propre nom.

Siège social.

6. La Régie a son siège social dans la Ville de Québec; elle peut toutefois le transporter dans une autre localité avec l'approbation du gouvernement; un tel changement entre en vigueur sur publication d'un avis à cet effet dans la *Gazette officielle du Québec*.

Séances.

La Régie peut tenir ses séances à tout endroit du Québec.

1969, c. 53, a. 6; 1977, c. R-5, a. 6.

Composition.

7. La Régie est formée de quatorze membres, dont un président et un vice-président, tous nommés par le gouvernement qui fixe le traitement ou, s'il y a lieu, le traitement additionnel, les honoraires et les allocations de chacun d'eux.

Mandat.

Le président est nommé pour un mandat n'excédant pas dix ans et les autres membres pour un mandat n'excédant pas trois ans.

Nomination après consultation.

Deux de ces membres sont nommés après consultation des organismes les plus représentatifs du monde des affaires, deux après consultation des organismes les plus représentatifs du monde du travail, un après consultation des organismes les plus représentatifs du milieu des centres hospitaliers et un après consultation des organismes les plus représentatifs des consommateurs; cinq autres de ces membres, qui doivent être des professionnels de la santé autorisés en vertu de la loi à exercer leur profession au Québec, dont un médecin omnipraticien, un médecin spécialiste, un dentiste, un optométriste et un pharmacien, sont nommés après consultation des organismes les plus représentatifs des professionnels de la santé ayant conclu une entente.

Nomination des membres.

Deux autres membres sont nommés parmi les fonctionnaires du gouvernement ou de ses organismes.

1969, c. 53, a. 7; 1970, c. 37, a. 82; 1977, c. R-5, a. 7; 1979, c. 1, a. 57.

Mandat.

8. Les membres de la Régie demeurent en fonction, nonobstant l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

Incapacité d'agir du président.

9. Au cas d'incapacité d'agir du président par suite d'absence ou de maladie, il est remplacé par le vice-président; lorsqu'un autre membre est ainsi incapable d'agir, il peut être remplacé par une personne nommée pour exercer ses fonctions pendant que dure son incapacité, par le gouvernement qui fixe ses honoraires.

1969, c. 53, a. 9; 1977, c. R-5, a. 9.

Directeur général.

10. Le président est directeur général de la Régie.

Chapitre III
Les programmes

La présente section décrit tous les programmes administrés par la Régie, groupés selon les diverses catégories de services. Cela comprend les programmes couverts par la Loi sur l'assurance-maladie du Québec, de même que les programmes dont l'administration a été confiée à la Régie par le gouvernement.

Toutes les personnes qui ont le statut de résident du Québec (selon la Loi sur l'assurance-maladie) sont admissibles au régime d'assurance-maladie. Certains programmes, cependant, ne s'adressent qu'à des catégories spécifiques de personnes résidant au Québec, notamment aux enfants, aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Les services médicaux

Le programme de services médicaux est entré en vigueur le 1er novembre 1970. Tous les résidents du Québec y sont admissibles. Il comprend les services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation rendus par les médecins dans leur cabinet de consultation, à domicile ou dans les établissements hospitaliers.

En 1980-1981, le coût des services médicaux a atteint 781 116 000 $. Cela comprend les rémunérations à l'acte, à salaire et à la vacation versées aux médecins ainsi que les remboursements aux bénéficiaires.

En outre, en 1980-1981, la Régie a versé 62 575 000 $ en rémunération pour des services diagnostiques et thérapeutiques couverts par le régime d'assurance-hospitalisation. La Régie paye directement les médecins rémunérés sous cette forme depuis le 1er mai 1977.

Enfin, depuis le 3 septembre 1978, la Régie administre pour le compte du ministère des Affaires sociales le programme de rémunération des médecins résidents et des internes. À ce chapitre, la Régie a versé 36 434 000 $ aux établissements en 1980-1981.

Les services dentaires

Les services dentaires se subdivisent en trois programmes: chirurgie buccale pour tous les résidents du Québec, services dentaires pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale, ainsi que prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Depuis l'instauration du régime d'assurance-maladie, en 1970, tous les résidents du Québec peuvent bénéficier du programme de chirurgie buccale qui comprend les examens, les consultations, la radiologie (depuis avril 1979), l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire et la chirurgie buccale proprement dite. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont requis au point de vue de la santé dentaire et rendus par un dentiste ou par un spécialiste en chirurgie buccale dans un centre hospitalier ou dans un établissement d'enseignement universitaire déterminé par règlement. En 1980-1981, 3 973 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Des services dentaires sont assurés pour les enfants depuis le 1er mai 1974; à ce moment-là, seuls les enfants de moins de huit ans y avaient droit. Depuis, le champ d'application a connu des extensions le 1er mai de chacune des années suivantes: aux enfants de 8 ans en 1975, de 9 ans en 1976, de 10 et 11 ans en 1977, de 12 et 13 ans en 1978, de 14 ans en 1979 et de 15 ans en 1980. Depuis avril 1979, des ententes conclues entre le ministre des Affaires sociales et les dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale ont élargi la gamme des services assurés, permettant aux enfants de recevoir la plupart des services dentaires de nature diagnostique, préventive et curative en milieu hospitalier ou en cabinet. En 1980-1981, le coût des services dentaires fournis aux enfants a atteint 85 075 000 $.

Les services dentaires rendus aux bénéficiaires de l'aide sociale sont couverts par le régime d'assurance-maladie depuis l'entrée en vigueur de la Loi 84 en avril 1979. Auparavant, soit de janvier 1976 à avril 1979, cette partie du programme était administrée par la Régie pour le compte du ministère des Affaires sociales. En 1980-1981, 8 291 000 $ ont été versés à ce chapitre.

Depuis avril 1979 également, les bénéficiaires de l'aide sociale ont droit aux prothèses acryliques fournies par les dentistes et les denturologistes. En 1980-1981, 9 333 000 $ ont été versés à ce titre, dont 2 810 000 $ aux dentistes et 6 523 000 $ aux denturologistes.

Les services optométriques

Entré en vigueur avec le régime, le 1er novembre 1970, le programme de services optométriques s'adresse à tous les résidents du Québec. Il couvre l'examen des yeux, l'analyse de leurs fonctions, l'étude des troubles visuels et les traitements qui en découlent. En 1980-1981, le coût du programme a atteint 22 837 000 $.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments, entré en vigueur le 1er août 1972, couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre des Affaires sociales sur recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie. (Depuis le 1er avril 1981, les seringues-aiguilles jetables utilisées par les diabétiques insulinodépendants sont inscrites sur la *Liste de médicaments*.)

Initialement, seuls les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines autres mesures d'aide sociale gouvernementale avaient droit à ces services. Progressivement, le programme a été étendu aux résidents du Québec âgés de 65 ans ou plus; au 1er octobre 1977, toutes ces personnes y étaient admissibles.

En 1980-1981, environ 545 000 personnes âgées pouvaient bénéficier du programme. Dans cette tranche de population, le coût des médicaments et des services a atteint 92 138 000 $. Par ailleurs, environ 475 000 personnes (moyenne mensuelle) bénéficiant de l'aide sociale ou d'autres mesures d'aide sociale gouvernementale étaient admissibles au programme. Les médicaments et les services ont coûté dans leur cas 39 301 000 $.

Les prothèses*

Le programme de prothèses et appareils orthopédiques, entré en vigueur le 1er juillet 1975, couvre les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements déterminés par règlement, qui suppléent à une déficience ou à une difformité physique, et qui sont fournis aux conditions prescrites. En 1980-1981, 6 495 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Le programme d'aides pour les handicapés visuels, établi le 30 novembre 1977, s'adressait alors aux moins de 18 ans. Le 1er décembre 1978, les handicapés de 18 à 35 ans inclusivement y devenaient admissibles. Enfin, quel que soit leur âge, les handicapés peuvent obtenir le remboursement des frais d'entretien des chiens-guides, depuis le 25 juillet 1979, et des frais d'achat des cannes blanches, depuis le 13 août 1980. En 1980-1981, 368 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Le programme d'aides pour les handicapés auditifs est entré en vigueur le 22 août 1979 et s'adresse aux handicapés de 35 ans ou moins. Depuis le 2 juillet 1980, les handicapés auditifs âgés de plus de 35 ans, qui bénéficient de l'aide sociale, sont également admissibles. Le coût de ce programme a atteint 1 871 000 $ en 1980-1981.

Le programme de prothèses mammaires externes dont l'administration a été confiée à la Régie, est entré en vigueur le 1er janvier 1978. En 1980-1981, ce programme a coûté 211 000 $.

Mentionnons que depuis le 1er avril 1981, la Régie administre deux nouveaux programmes, à savoir les appareils fournis aux stomisés permanents et les prothèses oculaires (yeux artificiels).

* [illegible] l'application et la couverture sont déterminés [illegible]

Les bourses et les primes

La Loi sur l'assurance-maladie donne au ministre des Affaires sociales le pouvoir d'accorder des bourses d'études et des bourses de recherche payées par la Régie. En 1980-1981, 383 000 $ ont été versés en bourses d'études et 1 719 000 $ en bourses de recherche.

Le 1er juin 1978 entrait en vigueur un programme de primes d'encouragement ayant pour but de favoriser une meilleure répartition des médecins psychiatres dans le territoire du Québec. L'administration de ce programme a été confiée à la Régie. En 1980-1981, son coût a atteint 172 000 $.

Depuis l'adoption de la Loi 84 de 1979, le ministre des Affaires sociales a le pouvoir d'accorder des primes d'encouragement aux professionnels de la santé qui acceptent de fournir des services assurés dans des territoires désignés par lui. Aucune prime n'a été versée au cours de 1980-1981.

Services hospitaliers rendus hors du Québec

En 1980-1981, le coût des services rendus hors du Québec en vertu du régime d'assurance-hospitalisation s'est élevé à 63 814 000 $. Cette somme a été versée sous forme de paiements aux établissements hospitaliers ou sous forme de remboursements aux bénéficiaires.

Tierce responsabilité

En 1980-1981, la Régie a recouvré 6 695 138 $ auprès des tiers responsables pour des services rendus aux bénéficiaires de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation.

ANNEXE V

Programme de chirurgie buccale et programme de services dentaires

Chirurgie buccale

Bénéficiaires

Toutes les personnes qui résident au Québec peuvent bénéficier du programme de chirurgie buccale.

Services assurés

Les services couverts par le programme comprennent les examens, les consultations, la radiologie et les services de chirurgie buccale proprement dits, qui sont déterminés par règlement.

Ces services sont assurés lorsqu'ils sont nécessaires à la santé dentaire et rendus par un dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale, en milieu hospitalier.

Services dentaires

Bénéficiaires

Les enfants de moins de 18 ans; le jour de leur dix-huitième anniversaire, ils cessent d'être admissibles. La limite d'âge est déterminée par règlement et peut varier d'une année à l'autre.

Les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que les personnes à leur charge, dont le nom est inscrit sur le carnet de réclamation.

Services assurés

Les services dentaires assurés sont ceux qui sont déterminés par règlement et nécessaires à la santé dentaire, et qui sont donnés en cabinet, en établissement ou ailleurs, par des dentistes ou par des spécialistes en chirurgie buccale.

Enfants

Pour les enfants, les services dentaires assurés sont les suivants :

Services de nature diagnostique :

- examen;
- radiographie.

Services de nature préventive :

- nettoyage des dents;
- séance d'enseignement et de démonstration des mesures d'hygiène buccale;
- application topique de fluorure.

Services de nature curative :

- obturations;
- couronnes (confection et mise en place, recimentation);
- endodontie (traitement interne des dents, traitement de canal sur dents permanentes);
- chirurgie mineure (ablation de dent ou de racine, drainage d'un abcès, etc.);
- chirurgie majeure (réduction de fracture, ostéotomie, ablation de kyste, dent incluse, etc.).

Exclusions

- la périodontie (détartrage);
- la prosthodontie (prothèses);
- la confection et la mise en place de certaines couronnes (or, porcelaine, etc.);
- l'emploi d'un acide liant pour une obturation;
- l'orthodontie, c'est-à-dire le redressement des dents au moyen d'appareils; l'orthodontie n'est jamais assurée, même si elle est requise pour des raisons autres que l'esthétique.

Bénéficiaires de l'aide sociale

Les bénéficiaires de l'aide sociale ont droit aux mêmes services que les enfants et, en plus, aux prothèses et au détartrage; cependant ils n'ont pas droit au traitement de canal ni à l'application topique de fluorure.

Les seules prothèses dentaires assurées sont les prothèses en acrylique (trois mois ou plus après l'ablation des dents et sur autorisation du bureau d'aide sociale).

Les prothèses peuvent être fournies par un dentiste, ou par un denturologiste ayant signé un accord avec la Régie.

La réparation et le regarnissage des prothèses sont aussi des services assurés, à certaines conditions.

Exclusions

Les exclusions sont les mêmes que pour les enfants, sauf que pour les bénéficiaires de l'aide sociale elles comprennent, en plus, le traitement de canal et l'application topique de fluorure.

Comment procéder

Pour obtenir gratuitement des services de chirurgie buccale et des services dentaires (enfants), vous devez présenter votre **carte d'assurance-maladie**, sinon il vous faudra payer le service reçu et, par la suite, demander un remboursement à la Régie.

Si vous n'avez pas votre carte ou si vous n'êtes pas encore inscrit au régime d'assurance-maladie du Québec, procurez-vous le formulaire « Inscription — Modification de l'inscription » que la Régie vous fera parvenir sur demande. Vous pouvez également obtenir ce formulaire partout où l'on dispense des services assurés.

Les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes à leur charge doivent présenter le **carnet de réclamation** délivré périodiquement par le ministère des Affaires sociales.

Pour obtenir une prothèse dentaire, le bénéficiaire de l'aide sociale doit consulter le bureau d'aide sociale de sa localité, qui lui fournira l'autorisation nécessaire.

Les spécialistes en chirurgie buccale et les dentistes

La plupart des spécialistes en chirurgie buccale et des dentistes **participent** aux programmes de chirurgie buccale et de services dentaires et exercent leur profession dans le cadre du régime d'assurance-maladie du Québec. Leurs honoraires leur sont payés par la Régie.

La loi oblige les spécialistes en chirurgie buccale et les dentistes qui ne participent pas au régime ou qui se sont désengagés à en aviser, par écrit, les bénéficiaires qui ont recours à leurs services.

Les clients des professionnels non participants doivent assumer eux-mêmes les frais d'honoraires et n'ont droit à aucun remboursement par la Régie.

Les spécialistes en chirurgie buccale et les dentistes désengagés exercent leur profession en dehors des cadres du régime d'assurance-maladie, mais acceptent d'être rémunérés au même tarif que les professionnels participants. La Régie verse leurs honoraires à leurs clients, qui les paient ensuite.

Services assurés reçus hors du Québec

Les services de chirurgie buccale et les services dentaires qui sont assurés au Québec sont également assurés partout au Canada et à l'étranger. Le remboursement de la Régie ne pourra toutefois excéder le montant qu'elle aurait payé pour les mêmes services au Québec.

Pour obtenir un remboursement, remplissez le formulaire « Demande de remboursement » que vous pouvez vous procurer en vous adressant à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, dont l'adresse et le numéro de téléphone figurent au dos du dépliant.

Assurance personnelle

Un résident du Québec peut contracter une assurance personnelle pour couvrir :

au Québec et ailleurs au Canada, les services qui ne sont pas déjà assurés en vertu du régime d'assurance-maladie du Québec;

à l'extérieur du Canada, les services qui ne sont pas déjà assurés, et la différence entre le coût des services assurés et le montant payé par la Régie pour ces services.

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Précisions sur le programme de services dentaires pour les enfants

Depuis le 1er août 1982, le programme de services dentaires pour les enfants est le suivant:

■ Pour les enfants âgés de 0 à 11 ans inclusivement

Services de prévention: non assurés par la Régie de l'assurance-maladie

Les services de prévention comprenant l'enseignement des mesures d'hygiène buccale, le nettoyage des dents et l'application topique de fluorure, ne sont plus défrayés par la Régie dans les cabinets de dentistes. Cependant, pour tous ces enfants, des services préventifs seront fournis par l'intermédiaire des départements de santé communautaire (D.S.C.) et des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). Ces services préventifs seront dispensés dans les écoles, les garderies, les cliniques de vaccination, etc.

Les interventions seront pour la plupart collectives, c'est à dire qu'elles s'adresseront à des groupes. Les principaux services fournis seront l'éducation en santé dentaire, les séances collectives d'autobrossage et d'auto-nettoyage, le rince-bouche fluoruré hebdomadaire et le dépistage (inspection dentaire) avec référence et suivi. Des interventions spéciales sont aussi prévues pour les enfants les plus vulnérables.

Autres services: assurés par la Régie de l'assurance-maladie

SERVICES DIAGNOSTIQUES:
- Examens,
- Consultation,
- Radiographies.

SERVICES DE RESTAURATION
- Obturation,
- Couronnes

SERVICES D'ENDODONTIE:
- Traitement de la pulpe (nerf);
- Traitement de canal.

SERVICES DE CHIRURGIE:
- Extraction de dent, de racine, ablation de kyste, réduction de fracture, etc.

■ Pour les enfants âgés de 12 ans

- Les services de prévention (enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents et application topique de fluorure) rendus dans les cabinets de dentistes sont assurés.
- Les services de diagnostic, de restauration, d'endodontie et de chirurgie mentionnés précédemment sont assurés.

■ Pour les enfants âgés de 13 ans à 15 ans inclusivement

Services de prévention et de diagnostic

- Les services de prévention rendus dans les cabinets de dentistes et les services de diagnostic tels qu'énumérés ci-haut sont assurés.

Services de restauration

- Ces services ne sont plus assurés sauf pour les enfants des bénéficiaires de l'aide sociale.

Services d'endodontie

- Ces services ne sont plus assurés sauf pour les enfants des bénéficiaires de l'aide sociale. Cependant, le traitement de canal sur dent permanente n'est pas assuré même pour cette dernière clientèle.

Services de chirurgie

- Ces services sont assurés à l'exception de l'extraction de dent ou de racine. L'extraction de dent ou de racine n'est assurée que dans le cas des enfants des bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour plus de renseignements, téléphonez à la Régie de l'assurance-maladie du Québec à:

Québec: 643-3445
Montréal: 256-2611
Ailleurs au Québec
(sans frais d'interurbain): 1-800-463-4881

Services dentaires

pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Le programme de services dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale demeure inchangé, sauf pour certains services auxquels des restrictions sont apportées à compter du 1er août 1982.

Ces restrictions concernent notamment:

- les services de restauration (obturations et couronnes) qui, dans plusieurs cas, sont assurés une fois par dent par période de 365 jours;
- les prothèses dentaires acryliques, pour lesquelles la principale restriction consiste à ne couvrir qu'une prothèse par maxillaire par période de 5 ans.

Votre dentiste ou votre denturologiste a été informé des changements apportés au programme. Nous vous rappelons que l'autorisation que vous recevez du Bureau de l'aide sociale n'est valide que si la prothèse, complète ou partielle, vous est fournie trois mois ou plus après l'ablation des dents.

N'oubliez pas, lorsque vous même ou l'une des personnes à votre charge inscrite sur le carnet, recevez des services assurés, de **toujours présenter à votre dentiste ou votre denturologiste votre carnet de réclamation, votre carte d'assurance maladie ainsi que l'autorisation que vous a remise le Bureau de l'aide sociale, le cas échéant.**

Pour plus de renseignements, téléphonez à la Régie de l'assurance-maladie du Québec à:

Québec: 643-3445
Montréal: 256-2611
Ailleurs au Québec
(sans frais d'interurbain): 1-800-463-4681

82 08 01

ANNEXE VI

Avis d'approbation de règlement

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Le président de l'Office des professions du Québec donne avis, par les présentes, conformément à l'article 95 du Code des professions, que le « Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes » adopté par le Bureau de l'Ordre des dentistes du Québec et publié à la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 30 janvier 1980, aux pages 613 à 615, a été approuvé avec modifications, sur la recommandation du ministre responsable de l'application des lois professionnelles, l'honorable Camille Laurin, le 12 mai 1982, en vertu du Décret no 1132-82 apparaissant ci-dessous avec le texte du règlement tel qu'il a été approuvé.

En conséquence, ce règlement entre en vigueur le jour de la publication du présent avis à la *Gazette officielle du Québec*.

Le président de l'Office des professions du Québec,
ANDRÉ DESGAGNÉ.

Décret 1132-82, 12 mai 1982

Loi sur les dentistes
(L.R.Q., c. D-3)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes
— Dentistes

CONCERNANT le Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes,

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe *a* de l'article 19 de la Loi sur les dentistes (L.R.Q., c. D-3), le Bureau de l'Ordre des dentistes du Québec doit, par règlement, déterminer parmi les actes visés aux articles 26 et 27 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des dentistes;

ATTENDU QUE ce Bureau, en vertu de cet article, a adopté un Règlement concernant les actes visés aux articles 26 et 27 de la Loi sur les dentistes qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des dentistes;

ATTENDU QUE, conformément au premier alinéa de l'article 95 de ce Code, ce règlement a été publié dans la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 30 janvier 1980, aux pages 613 à 615, avec avis qu'il sera soumis au gouvernement pour approbation au moins trente jours après cette publication;

ATTENDU QU'il y a lieu d'approuver ce règlement tel qu'il apparaît, avec modifications, en annexe du présent décret;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation du ministre responsable de l'application des lois professionnelles

QUE le règlement en annexe du présent décret soit approuvé sous le titre de Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes.

Le greffier du Conseil exécutif,
LOUIS BERNARD.

Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par des personnes autres que des dentistes

Loi sur les dentistes
(L.R.Q., c. D-3, a. 19, par. *a*)

SECTION I
APPLICATION ET INTERPRÉTATION

1. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

« surveillance sur place »: la disponibilité d'un dentiste là où est exécuté un acte en vue d'une intervention sans délai auprès du patient;

« surveillance à distance »: la disponibilité d'un dentiste telle qu'un hygiéniste dentaire peut le consulter en tout temps.

2. Le Bureau de l'Ordre des dentistes du Québec vérifie l'application du présent règlement, en évalue périodiquement le contenu, consulte la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec, reçoit et étudie toute demande de modifications à y apporter.

3. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme restreignant:

1° le droit d'un dentiste d'exercer la médecine dentaire;

le droit pour un professionnel de poser les actes professionnels que la loi l'habilite à poser;

3° l'obligation pour une corporation professionnelle de surveiller l'exercice de la profession par ses membres;

4° le droit pour un patient de recevoir les soins qui sont requis d'urgence.

SECTION II
PERSONNES AUTORISÉES ET SURVEILLANCE

4. L'hygiéniste dentaire inscrit au tableau de la Corporation professionnelles des hygiénistes dentaires du Québec peut poser les actes bucco dentaires mentionnés à l'annexe 1, soit sous la surveillance sur place, soit sous la surveillance à distance d'un dentiste

Toutefois, avant de poser un acte, l'hygiéniste dentaire doit s'assurer qu'il possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser, conformément au Règlement concernant le Code de déontologie de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec

5. Une personne autre que l'hygiéniste dentaire peut poser un acte mentionné aux paragraphes 4, 10, 11, 12 et 15 de l'article 1 de l'annexe 1 si elle remplit les conditions suivantes:

1° elle posait déjà ces actes avant le 1er novembre 1979;

2° elle a posé depuis cette date ces actes de façon continue;

3° elle pose ces actes sous la surveillance sur place d'un dentiste;

4° elle pose les actes pour lesquels elle est préparée suivant la formation qu'elle a reçue.

6. Le dentiste de qui relève l'hygiéniste dentaire doit s'assurer que les conditions prescrites au présent règlement sont remplies par ce dernier.

7. Le dentiste doit assurer la surveillance requise par l'article 4 lors de l'exécution des actes par l'hygiéniste dentaire

8. Le dentiste de qui relève l'hygiéniste dentaire doit l'enjoindre de ne plus poser un acte mentionné à l'annexe 1 si ce dernier ne remplit pas les conditions prescrites au présent règlement et doit faire rapport à la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec.

9. Le dentiste doit examiner préalablement le patient, poser le diagnostic et établir le plan de traitement avant l'exécution par l'hygiéniste dentaire d'un acte mentionné à l'annexe 1, à l'exception de celui pouvant être posé sous la surveillance à distance.

10. Le dentiste doit s'assurer, avant que le patient ne quitte son cabinet, de l'exécution et de la qualité de l'acte posé sous la surveillance sur place.

11. Le dentiste de qui relève une personne visée à l'article 5 doit remplir les devoirs et obligations prévus aux articles 6, 7, 9 et 10.

De plus, il doit enjoindre cette personne de ne plus poser un acte mentionné à l'article 5 si elle ne remplit pas les conditions prescrites à cet article et doit faire rapport à l'Ordre des dentistes du Québec

SECTION III
DISPOSITIONS FINALES

12. Le présent règlement remplace le Règlement concernant les hygiénistes dentaires adopté par le Collège des chirurgiens dentistes de la province de Québec le 26 janvier 1962

13. Le présent règlement entre en vigueur le jour de la publication à la *Gazette officielle du Québec* d'un avis qu'il a été approuvé par le gouvernement et le demeure pour une période d'un an dans le cas des articles 5 et 11 et de l'acte mentionné au paragraphe 1 de l'article 1 de l'annexe 1.

ANNEXE 1

Bucco-dentaires	Conditions prescrites (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition en titre est requise)	
1. Acte consistant à:	Surveillance sur place	Surveillance à distance
1. Participer à la prise de radiographies	X	
2. Procéder au test de vitalité de la pulpe	X	
3. Prendre l'empreinte pour modèle d'étude	X	
4. Procéder au polissage de l'obturation sans fraisage		X
5. Insérer, sculpter et finir les restaurations en silicate, acrylique, résine composée ou amalgame ainsi qu'un ciment de base	X	

Buccco-dentaires		Conditions prescrites (La présence d'un « X » dans la colonne appropriée indique que la condition en titre est requise)	
1.	Acte consistant à:	Surveillance sur place	Surveillance à distance
6	Cimenter la couronne et le pont temporaires	X	
7.	Enlever les points de suture péridentaires	X	
8.	Procéder au détartrage et à l'aplanissement des racines		X
9.	Procéder au nettoyage de la dent à titre préventif		X
10.	Appliquer topiquement un agent anticariogène ou une substance désensibilisante		X
11.	Sceller les puits et fissures chez l'enfant		X
12	Appliquer un vernis à titre préventif		X
13	Placer et enlever un pansement provisoire obturateur lorsque la pulpe n'est pas exposée sans toutefois avoir recours au fraisage		X
14.	Choisir, poser et enlever la bague d'orthodontie	X	
15.	Placer et enlever un pansement péridentaire	X	
16	Recimenter temporairement un mainteneur d'espace	X	